

Подписной индекс 74026

Редакция мекен жайы:
050012
Алматы, Төле би көшесі, 94

Адрес редакции:
050012
Алматы, ул.Төле би, 94



Все права защищены. Ни одна часть не может быть занесена в память компьютера либо воспроизведена любым способом без предварительного письменного разрешения издателя

Требования к материалам, направляемым для публикации в журнале, размещены на сайте www.kaznmu.kz

С электронной версией журнала можно ознакомиться на сайте www.kaznmu.kz

Главный редактор

Ректор, профессор Аканов А.А.

Зам. главного редактора

Каракушикова А.С.
Тогузбаева К.К.

Выпускающий редактор

Тян М.А.

Редакционная коллегия

Шарманов Т.Ш.
Рахишев А.Р.
Ормантаев К.С.
Мирзабеков О.М.
Дуйсекеев А.Д.
Тулбаев К.А.

Редакционный совет

Асимов М.А.
Досаев Т.М.
Зазулевская Л.Я.
Исмаилова Ю.С.
Кенесариев У.И.
Куракпаев К.К.
Нурмухамбетов А.Н.
Пичхадзе Г.М.
Тастанбеков Б.Ж.

Международный редакционный совет

Афанасьев В.В. (Россия)
Джусупов К. (Кыргызстан)
Гаспарян А.Ю. (Великобритания)
Вадим Тэн (США)
Клаудио Колозио (Италия)
Мейрманов С. (Япония)
Мейманалиев Т.С. (Кыргызстан)
Тадевосян А.Э (Армения)
Винсент О'Брайн (Великобритания)
Михаэль Андреас Карл Попп (Австрия)
Чандран Ачутан (США)
Пинхасов Альберт (Израиль)
Скотт Миллер (США)
Туминский В.Г. (ФРГ)
Михайлевский И. (Израиль)
Скальный А.В. (РОССИЯ)

International Editorial Board

Afanas'ev V.V. (Russia)
Dzhusupov K. (Kyrgyzstan)
Gasparyan A.Y. (UK)
Vadim Ten (USA)
Claudio Colozio (Italy)
Meirmanov S. (Japan)
Meimanaliev T.S. (Kyrgyzstan)
Tadevosyan A.E. (Armenia)
Vincent O'Brien (UK)
Michael Andreas Karl Popp (Austria)
Chandran Achutan (USA)
Pinkhasov Albert (Israel)
Scott Miller (USA)
Tuminsky V.G. (Germany)
Mihaylevsky I. (Israel)
Skalny A. V. (Russia)

РАЗДЕЛ 1. КЛИНИЧЕСКИЕ ДИСЦИПЛИНЫ
CHAPTER 1. CLINICAL DISCIPLINES

ПЕДИАТРИЯ

PEDIATRICS

УДК: 615.857:616.89

Н.Б. ИСМАИЛОВА, А.Н. ЖУМАБАЕВА

Сельская больница с. Каргалы Алматинской области

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГОЛОВНОЙ БОЛИ НАПРЯЖЕНИЯ У ДЕТЕЙ 7–10 ЛЕТ

В статье описаны результаты изучения клинической характеристики головной боли напряжения у детей 7-10 лет. Цефалгия напряжения носит преимущественно эпизодический характер с относительно небольшой частотой (8,8 эпизодов в месяц) и длительностью (1,64 часа в сутки), средней интенсивностью (5,3 балла) болевых эпизодов с доминированием локализации в лобной и теменной областях, давящего или сжимающего характера, однако при её раннем дебюте (до 7-летнего возраста) у каждого пятого ребенка она приобретает хронический характер с преобладанием диффузной локализации и большей продолжительностью. Также выявляется рассеянная микросимптоматика, проявляющаяся недостаточностью функций III, VI, VII и XII пар черепных нервов, сухожильной анизорефлексией по вертикальному типу, снижением общей и мелкой моторики, сформированная на резидуальном фоне перинатального генеза.

Ключевые слова: головная боль напряжения, дети младшего школьного возраста

В последние десятилетия все более возрастает интерес к проблеме высокой распространенности и полиморфизма клинических проявлений головной боли (ГБ) в детской популяции [1]. «Детская» ГБ – частый и мучительный симптом, констатация которого среди школьников колеблется в широком диапазоне [2].

Немногочисленные отечественные и зарубежные клиничко-эпидемиологические исследования последнего времени выявили высокую частоту ГБ у детей: цефалгиями страдают от 4 до 19,5% дошкольников, а у детей в возрасте 7–15 лет выявляется неуклонное повышение частоты ГБ – от 57 до 82%, причем в большинстве случаев это первичные ГБ – головные боли напряжения (ГБН) и мигрень [3], однако данные о месте ГБН в общей структуре ГБ у школьников часто разноречивы и варьируют в широком диапазоне – от 36,8 до 60% [4].

Высокая частота и интенсивность ГБ, возникшей в детском возрасте, могут приводить к ограничению социальной и бытовой активности, снижению качества жизни и присоединению вторичных психопатологических симптомов во взрослом состоянии [5].

В настоящее время считается, что в развитии ГБН существенную роль играет острый или хронический эмоциональный стресс, который формируется под влиянием индивидуально значимых психогенных факторов у детей с психоастеническими, тревожными, гипотимическими особенностями личности и недостаточностью механизмов психологической и биологической защиты [6]. Выявление предмета внутренних негативных переживаний у ребенка всегда вызывает большие трудности. Дети крайне чувствительны к обстоятельствам жизни, нарушенным семейным взаимоотношениям, разводу родителей, нарушению взаимоотношений со сверстниками, конфликтам с учителями. При этом ребенок испытывает чувство вины и тревоги из-за несоответствия своих возможностей требованиям. Подавление аффекта, невозможность «отреагирования» эмоций приемлемым способом (например, при физической активности) усиливают психоэмоциональное напряжение и приводят

к срыву адаптационно-приспособительных механизмов высшей нервной системы (ВНС), в том числе лимбико-ретикулярного комплекса, и возникновению психосоматических и алгических расстройств [7].

К факторам, провоцирующим усиление ГБН, можно отнести в первую очередь эмоциональный стресс, смену погоды, сильный ветер, вынужденное голодание, работу в душном помещении, занятия в ночное время, длительное физическое и умственное перенапряжение, усталость. Головная боль мышечного напряжения нередко возникает после длительной работы за столом, компьютером, после экзаменов или после нескольких напряженных уроков в учебном заведении, неудобной позы во время работы или сна. Даже легкая степень мышечного напряжения, если она возникает в ответ на значимый эмоциональный стрессор, может усилить интенсивность головной боли. Появление частой ГБ у школьников, по мнению детских неврологов [8], в 80% случаев является индикатором психовегетативных расстройств. Дети с ХГБН часто наряду с жалобами на головную боль предъявляют жалобы на полиморфные болевые ощущения: миалгии, артралгии, боли в животе, сердце. Болевые расстройства у большинства детей сопровождаются астенией, пониженным настроением, тревогой, расстройствами сна и аппетита, что характерно и для депрессивных нарушений. Вышеуказанное определяет актуальность изучения головной боли напряжения у детей школьного возраста.

Цель исследования - изучение клинического характеристики головной боли напряжения у детей 7–10 лет и выявить особенности неврологического статуса в зависимости от формы данной патологии.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 135 детей 7–10 лет: 55 детей, страдающих ГБН, составили основную группу, 30 практически здоровых детей, сопоставимых по полу и возрасту, не страдающих ГБ, – группу контроля.

Критерием исключения из исследования было наличие последствий перинатального поражения ЦНС: тяжелого гипоксически-ишемического, геморрагического, травматического, дисметаболического, токсико-

метаболического и инфекционного характера, органических заболеваний внутренних органов, перенесенные черепно-мозговые травмы или нейроинойфекции, а также острые инфекционные заболевания на момент обследования.

В зависимости от формы течения ГБН основная группа была разделена на 2 подгруппы: дети с эпизодической ГБН (ЭГБН) и школьники с хронической ГБН (ХГБН).

На момент осмотра средний возраст детей с ГБН был в пределах $9,3 \pm 0,11$ года. Частота ЭГБН составила $8,8 \pm 0,3$ эпизодов в месяц и $105,6 \pm 3,4$ эпизодов в год, при ХГБН – $17,1 \pm 0,3$ эпизодов в месяц и $205,2 \pm 3,4$ – в год.

При постановке диагноза ГБН применялись диагностические критерии второго, переработанного издания классификации Международного общества головной боли (International Headache Society, 2003).

Всем детям проводилось традиционное клиническое обследование со сбором жалоб, анамнеза, оценкой неврологического статуса, оценкой интенсивности ГБН с помощью визуально-аналоговой шкалы (ВАШ) в модификации для детей.

Сведения о перенесенной патологии были получены из медицинской документации (уч. ф. № 112/у; 26/у; 003/у). Результаты исследования оценивались с помощью программы «Statistica 6.0» («StatSoft», USA, 2001). При нормальном распределении признаков использовались параметрические статистические методы (t-критерий Стьюдента). В остальных случаях применялись непараметрические методы (критерий Манна – Уитни). Результаты представлялись в виде $M \pm m$, где M – среднее значение, m – стандартная ошибка. Для расчета корреляционных связей между признаками использовался критерий Спирмана. В качестве порогового уровня статистической значимости было принято значение $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. При анализе комплекса анамнестических данных установлено, что наиболее значимыми факторами риска формирования ГБН у детей младшего школьного возраста явились наследственно-семейная предрасположенность по материнской линии к сердечно-сосудистой патологии (вегетососудистой дистонии, артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца, инсульту, инфаркту), которая выявлена у 47,8% школьников с ХГБН, что в 2 раза чаще, чем у детей с ЭГБН ($p < 0,05$). У детей группы контроля наследственно-семейной предрасположенности к сердечно-сосудистым заболеваниям не было.

Из факторов риска, действующих в период до наступления беременности, у матерей детей основной группы имел место отягощенный акушерско-гинекологический анамнез: предшествовавшие родам аборт (3 и более) и выкидыши регистрировались у 1/3 матерей детей с ХГБН, что в 3 раза чаще, чем у матерей детей с ЭГБН ($p < 0,01$). В группе контроля подобных факторов не установлено.

Из хронических экстрагенитальных заболеваний у 1/4 матерей детей с ХГБН диагностирована вегетососудистая дистония по смешанному типу, что в 3 раза чаще, чем у матерей детей с ЭГБН ($p < 0,05$).

Важную роль в формировании ГБН играло развитие перинатального гипоксически-ишемического поражения головного мозга плода за счет патологического течения антенатального периода. Так, угроза прерывания беременности в первой ее половине регистрировалась в 2,3 раза чаще у матерей детей с ХГБН по сравнению

матерями детей с ЭГБН ($p < 0,05$) и 5,8 раз чаще, чем в группе контроля ($p < 0,01$). При этом наиболее характерным фактором риска формирования ГБН явилась хроническая внутриутробная гипоксия плода, поскольку она регистрировалась в анамнезе матерей значительной части детей с ХГБН – 73,9%, что в 2,2 раза чаще, чем у матерей детей с ЭГБН ($p < 0,001$), и в 11 раз чаще, чем в группе контроля ($p < 0,001$). Ранний гестоз выявлялся у 1/3 матерей детей с ХГБН, что в 3 раза чаще, чем у матерей детей с ЭГБН ($p < 0,01$), и в 4,5 раза чаще, чем в группе здоровых ровесников ($p < 0,05$). Большое значение как фактор риска развития ГБН имел поздний гестоз, поскольку это патологическое состояние встречалось более чем у половины матерей детей с ХГБН, что в 2,4 раза чаще, чем у матерей детей с ЭГБН ($p < 0,01$), и в 15,8 раза чаще, чем в контрольной группе ($p < 0,001$).

Значимый вклад в развитие и прогрессирование ГБН вносили интранатальные факторы риска. Так, раннее излитие околоплодных вод регистрировалось у 1/4 матерей детей с ХГБН; обвитие пуповиной в родах и асфиксию перенесли 21,7% детей с ХГБН ($p < 0,05$); низкая масса тела при рождении (менее 3000 г) регистрировалась у 1/3 детей с ХГБН ($p < 0,05$).

В период новорожденности у 2/3 детей с ХГБН был диагностирован синдром доброкачественной внутричерепной гипертензии, двигательных нарушений и у 1/3 – синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости и вегетативно-висцеральных нарушений с последующим формированием изолированной задержки на первом году жизни моторного (21,7%), а в дальнейшем и речевого развития (34,8%).

В периоде, предшествовавшем возникновению ГБН, у детей с ХГБН достоверно чаще отмечались астенический синдром (60,9%), неврозоподобные нарушения (30,4%), синдром гиперактивности и дефицита внимания (26,1%), хронические соматические (60,9%) и острые инфекционные заболевания (34,8%).

Из анамнестических данных выявлено, что дебют ЭГБН приходился в среднем на возраст $7,2 \pm 0,1$ года, тогда как начало ХГБН было более ранним – в $6,7 \pm 0,23$ года. Давность ХГБН превышала таковую ЭГБН ($2,8 \pm 0,24$ и $2,1 \pm 0,13$ года соответственно).

ЭГБН характеризовалась относительно небольшой частотой (от 1–2 раз в месяц до 1–2 раз в неделю) и длительностью (от 30 минут до 1 часа в сутки), средней интенсивностью болевых эпизодов (в среднем $5,3 \pm 0,2$ балла по шкале ВАШ); имела давящий или сжимающий характер; локализовалась в лобно-височной или теменной областях, чаще с обеих сторон; редко сопровождалась тошнотой без рвоты. Возникновение пароксизмов ГБ происходило чаще в дневное и вечернее время после переутомления, стрессовой ситуации или при перемене погоды; прекращение приступа отмечалось после смены вида деятельности, после сна или отдыха, в большинстве случаев без применения анальгетиков.

ХГБН имела давящий, сжимающий, редко – пульсирующий характер, лобно-височно-теменную или диффузную локализацию, интенсивность $6,7 \pm 0,4$ балла, частоту от 3–4 до 6–7 раз в неделю, длительность более 3 часов в сутки, сопровождалась тошнотой, фото- и фонофобией при интенсивных приступах. Основными факторами, провоцирующими начало пароксизма, являлись психогенные (стрессовые ситуации и конфликты в семье и школе).

Из сопутствующей неврологической симптоматики при ХГБН достоверно часто наблюдались астенический синдром (82,6%), диссомнические расстройства (56,5%), неврозоподобные нарушения (39,1%) и синдром гиперактивности и дефицита внимания (34,8%), что свидетельствует об их влиянии на процессы трансформации ЭГБН в ХГБН.

В то же время выявлен высокий уровень хронизации сопутствующей соматической патологии у детей с ГБН, особенно с ХГБН. Из сопутствующей соматической патологии у детей с ГБН достоверно чаще, чем в группе контроля, отмечалась патология опорно-двигательного аппарата (нарушение осанки), функциональные кардиопатии, заболевания ЛОР-органов, органов пищеварения (дисфункция билиарного тракта по гипертоническому типу, хронический гастродуоденит в стадии ремиссии) и почек (дисметаболическая нефропатия). При ХГБН достоверно чаще, чем при ЭГБН, выявлялась патология ЛОР-органов и глаз (спазм аккомодации).

Таким образом, высокая степень хронизации сопутствующей соматической патологии у детей с ГБН, сопровождающейся периодическим болевым синдромом различной локализации, являлась дополнительным фактором, способствующим трансформации ЭГБН в ХГБН.

При изучении неврологического статуса у детей с ГБН выявлялась рассеянная микросимптоматика в виде недостаточности функций III, VI, VII и XII пар черепных нервов, сухожильной анизорефлексии по вертикальному типу, недостаточности общей и мелкой моторики.

Признаки компенсированного гипертензивно-гидроцефального синдрома (увеличение размеров головы, изменение формы черепа и усиление подкожного венозного рисунка в области висков) регистрировались у 34,8% детей с ХГБН, что в 2,6 раза чаще по сравнению с детьми с ЭГБН ($p < 0,05$).

У здоровых сверстников данный синдром не выявлялся. Синдром периферической цервикальной недостаточности, клинически проявляющийся гипотрофией мышц верхнего плечевого пояса, асимметрией плечевого пояса, «крыловидным» стоянием лопаток выявлен у 39,1% детей с ХГБН и у 34,1% детей с ЭГБН, что в 3 раза чаще, чем в группе контроля ($p < 0,05$).

Миофасциальный синдром в виде напряжения, уплотнения перикраниальных (особенно височных), заднешейных и трапецевидных мышц, их болезненности (в т. ч. при пальпации) отмечался у 78,3% детей с ХГБН, что в 1,5 раза чаще, чем у детей с ЭГБН ($p < 0,05$). У здоровых сверстников данный синдром не выявлялся.

Синдром вегетативной дисфункции (перманентное течение) наблюдался у более 2/3 детей с ГБН. Наиболее часто присутствовали симптомы эмоциональной лабильности, быстрой утомляемости, сонливости, дыхательной аритмии, ощущения нехватки воздуха, лабильности пульса, повышенной влажности или сухости кожных покровов, «мраморности» кожи и цианоза конечностей, дистального гипергидроза стоп и кистей, понижения температуры кожи в дистальных участках тела, а также периодических кардиалгий и болей в животе, склонности к запорам. Реже отмечались диффузный гипергидроз, стойкий белый либо красный дермографизм, нарушения сердечного ритма в виде единичных экстрасистол.

По степени выраженности вегетативной дисфункции дети с ГБН распределялись следующим образом: слабовыраженная вегетативная дисфункция регистрировалась у 46,3% детей с ЭГБН, что в 5,3 раза чаще, чем при ХГБН ($p < 0,01$), и в 7 раз чаще, чем у здоровых сверстников ($p < 0,001$); умеренно выраженная вегетативная дисфункция выявлена у 56,5% детей с хроническими цефалгиями, что в 3,3 раза чаще, чем в группе с ЭГБН ($p < 0,001$); выраженная вегетативная дисфункция встречалась редко: при ЭГБН – в 4,9% случаев и при ХГБН – в 8,7%, без достоверных межгрупповых различий.

Для детей с ХГБН наиболее характерным (в отличие от детей с ЭГБН) оказалось наличие признаков компенсированного гипертензивно-гидроцефального, миофасциального синдромов, а также синдрома вегетативной дисфункции с перманентным течением.

Таким образом, у детей 7–10 лет цефалгия напряжения носит преимущественно эпизодический характер с относительно небольшой частотой (8,8 эпизодов в месяц) и длительностью (1,64 часа в сутки), средней интенсивностью (5,3 балла) болевых эпизодов с доминированием локализации в лобной и теменной областях, давящего или сжимающего характера, однако при её раннем дебюте (до 7-летнего возраста) у каждого пятого ребенка она приобретает хронический характер с преобладанием диффузной локализации и большей продолжительностью. У всех детей с головными болями напряжения выявляется рассеянная микросимптоматика, проявляющаяся недостаточностью функций III, VI, VII и XII пар черепных нервов, сухожильной анизорефлексией по вертикальному типу, снижением общей и мелкой моторики, сформированная на резидуальном фоне перинатального генеза. У детей с хроническими цефалгиями напряжения чаще, чем при эпизодических, диагностируются гипертензивно-гидроцефальный и миофасциальный синдромы на фоне выраженной вегетативной дисфункции.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Филипович Е.К. Характер и частота коморбидных состояний при головных болях напряжения у детей // Неврология и нейрохирургия Восточная Европа. - 2012. - № 4. - С. 117-118.
- 2 Щербакова Н.Е., Медведева Л.А., Загоруйко О.И., Гнездилов А.В. Эффективность комплексного подхода к лечению эпизодической головной боли напряжения у детей // Российский журнал боли. - 2012. - №1. - С. 45-46.
- 3 Митиш М.Д., Турти Т.В., Мигали А.В. Головные боли напряжения у детей // Вопросы современной педиатрии. - 2006. - № 5. - С. 385.
- 4 Сергеев А.В. Мигрень и головная боль напряжения у детей: основные подходы к эффективной терапии // Вопросы современной педиатрии. - 2012. - Т. 11. № 5. - С.64-69.
- 5 Горюнова А.В. Патогенетические механизмы головной боли напряжения у детей. терапевтическая стратегия и принципы профилактики // Лечащий врач. - 2012. - № 01. - С.6.
- 6 Васильева Л.В., Эверт Л.С., Макарова М.В., Катусенко О.Г. Факторы, провоцирующие развитие первичной головной боли у детей // Сибирский медицинский журнал (г. Иркутск). - 2011. - Т. 107. № 8. - С. 19-20.
- 7 Fallahzadeh H, Alihaydari M. Prevalence of migraine and tension-type headache among school children in Yazd, Iran // J.Pediatr Neurosci. - 2011 Jul. - 6(2). - С. 106-9.
- 8 Fabbri CE, Barbieri MA, Silva AM, Gutierrez MR, Bettiol H, Speciali JG, Rona RJ. Maternal smoking during pregnancy and primary headache in school-aged children: a cohort study // Cephalalgia. - 2012 Mar. - 32(4). - P.317-27.

Н.Б. ИСМАИЛОВА, А.Н. ЖУМАБАЕВА

КЕРНЕУДІ БАС АУЫРУЫНЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ МІНЕЗДЕМЕСІ 7-10 ЖЫЛДАРДЫҢ БАЛАЛАРЫНДА

Түйін:Бапта кернеуді бас ауыруының клиникалық мінездемесінің зерттеуінің нәтижелері 7-10 жылдардың балаларында сипатталған. Кернеуді цефалгия маңдай және желкелік облыстарына оқшау бөлігінің үстемдік етуімен қатерлі оқиғаларын (айға 8,8 оқиғалары) ептеген жиілікпен және (суткіге 1,64 сағаты) ұзақтықпен, (5,3 балл) орташа қарқын туралы көбінесе эпизодтық сипатты тасысады, түйнеуші немесе сығушы сипат, дегенмен оның (7-жазғы жас шамасына дейін) ерте дебютінде оны әрбір бесінші бөпеде диффузиялық оқшау бөлігінің басымдылығы бар созылмалы сипаты және үлкенірек ұзақтық алады. Сонымен бірге тік түр бойынша бас сүйектің жүйкелерінің функциялардың жеткіліксіздік көрсетілетін III, VI, VII және XII буы, сіңір анизорефлексиямен алаңғасар микросимптоматикті білінеді, перинаталь генезінің фонының резидуальном құрастырылған ортақ және майда кішкене моторының төмендетуімен.

Түйінді сөздер: кернеуді бас ауыруы, кіші мектеп жас шамасының балалары, эпизодтық, созылмалы.

N.B. ISMAILOVA, A.M. ZHUMABAeva

THE CLINICAL CHARACTERISTIC OF THE HEADACHE OF THE STRAIN AT CHILDREN OF 7-10 YEARS

Resume: In article results of studying of the clinical characteristic of a headache of a strain at children of 7-10 years are described. The cephalalgia of a strain has mainly incidental character with rather small frequency (8,8 episodes a month) and duration (1,64 hours per day), average intensity (5,3 points) painful episodes with localization dominance in the frontal and parietal areas, pressing or squeezing character, however at her early debut (to 7-year age) at every fifth child it gains chronic character with prevalence of diffuse localization and larger duration. Also the scattered micro symptom, being shown by a failure of functions III, VI, VII and XII of couples's cranial nerves, a tendinous anizoreflexion on vertical type, and depression of the general and fine motility, created on a residual background of a perinatal genesis is taped.

Keywords: strain headache, children of younger school age, incidental, chronic.

Н.Б. ИСМАИЛОВА

Сельская больница с. Каргалы Алматинской области

ИСХОДЫ ФЕБРИЛЬНЫХ СУДОРОГ У ДЕТЕЙ

В статье описаны исходы фебрильных судорог у детей в течение длительного наблюдения. Установлено, что основными провоцирующими факторами развития фебрильных судорог являются острая респираторно-вирусная инфекция, пневмония и острая кишечная инфекция, а сопутствующие заболевания (рахит II степени, аллергические заболевания, глистная инвазия, гипотрофия I степени, диффузный зоб II степени, хронические заболевания верхних отделов респираторного тракта и мочевыделительной системы) создают благоприятную почву для развития афебрильных судорог. Наследственная отягощенность может тоже играть одно из решающих значений в развитии афебрильных судорог после дебюта фебрильных судорог. При фебрильных судорогах наблюдались преимущественно генерализованные тонико-клонические приступы, которые могут служить критерием развития афебрильных судорог.

Ключевые слова: фебрильные судороги, исход, дети, период реконвалесценции

Судорожный синдром - одна из наиболее актуальных проблем педиатрической неврологии. Частота эпилепсии в популяции составляет 0,5-0,75% детского населения, а фебрильных судорог (ФС) - до 5% [1]. Около половины всех судорог приходится на возраст до 15 лет, из них наибольшее количество судорог отмечают в возрасте от 1 до 9 лет [2]. Частое развитие судорог в детском возрасте объясняют как особенностями нервной системы ребёнка, так и многообразием причин, их вызывающих [3].

Фебрильные судороги в подавляющем большинстве случаев наступают при резком подъеме температуры до высоких цифр, что связано с гипоксией головного мозга [4]. Известно, что при повышении температуры тела всего лишь на 1⁰С интенсивность обменных процессов в головном мозге возрастает на 7-10%, следовательно, повышается и потребность в кислороде. При медленном повышении температуры тела судороги возникают значительно реже, так как имеется время для должного увеличения мозгового кровотока, препятствующего гипоксии [5].

Этот механизм развития ФС во время лихорадки срабатывает далеко не всегда, иначе каждый ребенок с высокой температурой был бы подвержен таким припадкам [6]. Гипертермия, как правило, способствует развитию судорог при наличии предрасполагающих факторов: перинатальная патология головного мозга и наследственный фактор [7].

В каждом возрастном периоде есть особенные этиопатогенетические факторы для возникновения судорожных синдромов, и, в частности, ФС [8]. У детей значительную роль в возникновении этого заболевания играют перинатальные факторы, в частности гипоксия мозга, аномалии развития, генетическая детерминированность, а также анатомо-физиологические особенности детского мозга, которые предрасполагают к повышенной судорожной активности и возбудимости головного мозга даже при малейших метаболических сдвигах, происходящих в детском организме при тех или иных патологических состояниях [9].

Медицинская и социальная значимость проблемы определяется неуклонно возрастающей частотой данной патологии у детей. Однако, важнейшими вопросами для многих клиницистов, сталкивающихся с проблемой лечения ФС, являются: когда начинать лечение (после первого, второго и т. д. приступов); длительность лечения; возможные последствия лечения антиконвульсантами. Однако, вопросы, касающиеся

ведения детей с фебрильными судорогами и длительной профилактики рецидивов с применением антиэпилептических препаратов (АЭП), до сегодняшнего дня остаются дискуссионными.

Цель исследования - выявить особенности клиники и течения фебрильных судорог у детей в периоде реконвалесценции.

Материалы и методы исследования. Обследовано было 51 ребенок до 5 лет с ФС, находившиеся в периоде реконвалесценции, т.е. в периоде выздоровления, характеризующиеся постепенным исчезновением ФС (в период до 5-6 летнего возраста) и восстановлением нормальной жизнедеятельности организма. В течение нескольких лет велись наблюдения за детьми с ФС, постоянно осуществлялся мониторинг, проводились мероприятия по их оздоровлению, периодически проводили осмотр, обследование.

Анализ распределения детей по полу показал, что всего было 23 девочки (45,1%) и 28 мальчиков (54,9%), т.е. соотношение мальчиков к девочкам составило 1,2:1, и это является подтверждением того, что компенсаторные возможности у девочек гораздо выше, чем у мальчиков.

Для проведения адекватной оценки состояния детей с фебрильными судорогами больные были разделены на 3 группы:

1-я группа - 20 (39,2%) пациентов, у которых ФС не повторялись или на протяжении срока катамнестического наблюдения повторялись не более двух раз - получали только симптоматическую терапию без назначения АЭП;

2-я группа - 22 (43,1%) детей, у которых ФС повторялись более трех раз, но перехода в АФС не наблюдалось и этим детям на фоне симптоматической терапии назначались АЭП;

3-я группа - 9 (17,7%) пациентов, у которых в последующем наблюдались афебрильные судороги (АФС) и которым назначались АЭП.

Пик возникновения ФС приходится на возраст от 1 до 2 лет: в 1 группе - 49,9% пациент, во 2 группе - 46,2%, в 3 группе - 29,1% детей. У детей 3 группы ФС в дальнейшем перешли в афебрильные, а частота их возникновения в каждом возрастном периоде сохранялась высокой, несмотря на проводимую симптоматическую и антиконвульсивную терапию.

Диагноз устанавливался после тщательного сбора анамнеза, клинко-неврологической картины заболевания, лабораторных исследований. Клинко-неврологическое обследование включало сбор жалоб и детальный анамнез заболевания в ходе опроса детей и

их родителей, анализ амбулаторных медицинских карт и стационарных выписок больного, тщательный объективный и неврологический осмотры.

Результаты исследования оценивались с помощью программы «Statistica 6.0» («StatSoft», USA, 2001). При нормальном распределении признаков использовались параметрические статистические методы (t-критерий Стьюдента). Результаты представлялись в виде $M \pm m$, где M – среднее значение, m – стандартная ошибка. Для расчета корреляционных связей между признаками использовался критерий Спирмана. В качестве порогового уровня статистической значимости принято значение $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. Результаты анализа провоцирующих факторов в возникновении ФС выявили, что в 1 группе одним из основных факторов, послужившим возникновению ФС, явилась острая респираторно-вирусная инфекция (ОРВИ) – у 53,2% детей, почти в равной степени пневмония – у 17,7% и острая кишечная инфекция (ОКИ) – у 21% детей, и в меньшей степени провокации ФС послужила ангина – в 8,1% случаях. У детей 2 группы ведущим провоцирующим фактором ФС послужила пневмония – у 39,8% детей, далее – ОРВИ – у 32,0%, ангина – у 8,1% и ОКИ – у 6,2%. К возникновению повторных ФС во 2 группе привела отмена АЭП в 6,2% случаях. Анализ провоцирующих факторов возникновения ФС в 3 группе показал, что пневмония и ОРВИ встречалась с одинаковой частотой – в 29,2% случаях, ОКИ – в 8,3% и ангина – в 4,1% случаев. Отмена АЭП привела к возникновению повторных ФС в 3 группе в 29,2% случаях.

Данные исследования наследственности (анализ анамнестических данных) говорят о том, что в большей степени предрасположены к ФС дети с аналогичными судорогами у родителей (семейная форма ФС): наследственность отягощена у 19,4% детей 1 группы, у 15,4% – 2 группы, у 66,7% – детей 3 группы. ФС больше наблюдались у родственников I и II степени родства: у родных братьев и сестер выявлено в 10,3% случаях в 1 группе, в 16,9% случаях – во 2 группе, в 3 группе – в 25,0% случаях. Наличие ФС у двоюродных братьев и сестер выявлено у 4,6% детей 1 группы, у 13,4% – во 2 группе и у 16,7% детей в 3 группе.

Таким образом, провоцирующими факторами развития ФС являются ОРВИ, пневмония и ОКИ. Можно предположить, что наличие семейных случаев ФС является фактором риска возникновения ФС у детей. Наследственная отягощенность может играть одно из решающих значений в развитии АФС после дебюта ФС.

Данные анамнеза течения беременности, показали, что нормально протекала беременность всего у 8,1% матерей детей 1 группы, у остальных течение беременности было отягощенным анемией, токсикозом, стрессами, TORCH инфекцией.

Анализ интранатальных осложнений, возникших в период родов у матерей обследованных детей, свидетельствует об их осложненном течении: стимулированные роды наблюдались у 27,7% – в 1 группе, у 55,4% – во 2 группе и у 62,5% – в 3 группе, т.е. у более половины матерей 2 и 3 групп обследованных детей. Рождение ребенка методом кесарева сечения и, следовательно, спинальная анестезия преобладали во 2 группе – 21,5% детей. Длительный безводный период и применение акушерских пособий для родовспоможения наблюдался преимущественно у детей 3 группы – 33,3% и 12,5%, чем во 2 группе (16,9% и 4,6%). Травмы во время

родов получили более трети детей, а если также учесть, что беременность их матерей была осложненной практически у всех, то вырисовывается один из возможных факторов риска развития ФС у детей. Частота обвития пуповины вокруг шеи была почти одинаковой во всех трех группах: 32,9%, 36,9% и 29,2% соответственно по группам.

Оценивалось состояние новорожденного по шкале Апгар на первой минуте: родились в удовлетворительном состоянии 69,2% детей 1 группы, во 2 группе – в 1,22 раза меньше, и, наконец, в 3 группе в 3,9 раза меньше по сравнению с 1 группой ($P < 0,01$; $P < 0,001$).

Немаловажную роль в развитии ФС играют и сопутствующие заболевания, которые снижают иммунный статус, усугубляя течение хронических заболеваний, тем самым, создавая благодатную почву для развития ФС. В 1 группе пациентов в основном наблюдался рахит I степени – у 24,2% детей, а рахит II степени – во 50,8% и в 3 группе – 37,5%. Анемия разной степени тяжести наблюдается у 78,1% детей, в основном у детей 2 группы – у 63,1% анемия I степени и у 27,7% анемия II степени. Анемия III степени в 1 группе не наблюдалась, во 2 группе – всего лишь у 1,5%, в 3 группе – у 8,3% детей, что, возможно, является причиной частых простудных заболеваний ребенка, и, как следствие, появления ФС. Другой важной сопутствующей патологией детского возраста, непосредственно влияющей на иммунный статус ребенка, является гипотрофия. Гипотрофия I степени в 1 группе наблюдалась у 8,1%, во 2 группе – у 24,6%, в 3 группе – у 37,5% детей, в то время как гипотрофия II степени превалировала у детей 3 группы – 8,3% (в 1 и 2 группах составила 4,8% и 3,1%).

Такие заболевания детей как сепсис, пневмония, врожденный порок сердца, гипотрофия III степени отмечены преимущественно во 2 группе. Аллергический фон был наиболее ярко выражен во 2 группе – у 33,8% и в 3 группе – у 25,0% детей, а в 1 группе – только у 4,8% детей.

Частые рецидивирующие заболевания со склонностью к хронизации процесса отмечались в 3 группе детей. Например, частые заболевания верхних дыхательных путей в 1 группе было 33,9%, во 2 группе – 23,1%, а в 3 группе – 50%, почти такая же картина наблюдалась и с рецидивирующими заболеваниями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и мочевыводящих путей. Дисбактериоз превалировал во 2 группе – в 2 раза больше, чем в 3 группе, а энурез во 2 группе был в 2 раза больше, чем в 1 группе. В 1 группе пациентов глистная инвазия наблюдалась у 11,3%, во 2 группе – у 40,0%, в 3 группе – у 33,3% больных.

При анализе эндокринной патологии отмечено, что диффузный зоб I степени в 2 раза чаще наблюдался в 3 группе, чем во 2 группе, а вот диффузный зоб II в 1 группе не встречался, во 2 группе – у 1,5% ребенка, а в 3 группе – у 16,7% детей. Паратрофия I степени выявлена у 3,2% детей 1 группы и у 1,5% – 2 группы, в 3 группе – не выявлена. Паратрофия II степени также не наблюдалась в 3 группе, а в 1 и 2 группах была одинаковой (6,5% и 6,9% соответственно по группам).

Соотношение общего количества болезней к количеству больных определяет индекс заболеваемости: в 1 группе составил 2,4, во 2 группе – 4,2 и в 3 группе – 4,4, что свидетельствует о высокой заболеваемости среди детей 2 и 3 групп, а также об ослабленном организме ребенка.

Таким образом, изучая сопутствующую патологию, установлено, что такие заболевания, как рахит II степени, наличие аллергических заболеваний и глистной инвазии являются провоцирующими факторами ФС, а также гипотрофия I степени, диффузный зоб II степени, хронические заболевания верхних отделов респираторного тракта и мочевыделительной системы создают благоприятную почву для развития АФС. Высокие показатели индекса заболеваемости следует рассматривать как фактор риска повторных ФС и их трансформацию в афебрильные.

Результаты лабораторных исследований выявили снижение кальция в крови: в 1 группе у 61,3% детей, во 2 группе – у 78,5%, а в 3 группе – у 70,8% детей. Определение содержания магния в крови выявило, что его концентрация была снижена у 35,5% детей 1 группы, у 47,7% – 2 группы и у 54,2% – в 3 группе. При измерении уровня неорганического фосфора в крови обследованных детей наблюдалось снижение его концентрации в 1 группе у 14,5% пациентов, во 2 группе – у 23,1%, в 3 группе – у 20,8%. Таким образом, снижение концентрации кальция, магния и фосфора в крови более характерно для детей с повторными ФС и с риском перехода ФС в афебрильные судороги.

В результате анализа перинатальных факторов, наследственности, заболеваний соматической сферы у обследованных детей установлено, что эти факторы внесли свою лепту в развитие ФС. По результатам исследований одним из основных провоцирующих факторов развития ФС является ОРВИ, второе место занимает пневмония и ОКИ. Наследственная отягощенность играет одно из решающих значений в развитии АФС после дебюта ФС. Следует отметить, что заболевания детей соматической сферы, гипокальциемия, гипомagneмия, гипофосфатемия создают благоприятную почву для развития АФС.

Исследование неврологического статуса детей проводилось по общепринятой схеме с динамическим наблюдением, не реже одного раза в полугодие. При изучении патологии со стороны черепно-мозговых нервов (ЧМН) центральный парез лицевого нерва отмечался чаще, чем другие виды нарушений (24,2%, 10,8% и 25,0%, соответственно), глазодвигательные нарушения преобладали у детей 9,7% и 8,3% групп, в то время как во 2 группе наблюдались лишь у 3,1% детей. Центральный парез XII пары ЧМН выявлен у 12,9% детей в 1 группе, у 7,7% – во 2 группе, у 20,8% – в 3 группе.

Повышение мышечного тонуса наблюдались во всех трех группах по двое детей из каждой группы, а снижение мышечного тонуса – у 17,7% детей 1 группы, в двух других намного меньше, например во 2 группе в 2,8 раза, а в 3 группе в 11 раз. Патология рефлекторной сферы в виде повышения сухожильных рефлексов в 1 группе выявлена у 3,2% детей, во 2 группе – у 6,2%, а в 3 группе не встречалась.

Статистические расстройства с большей частотой отмечались в 3 группе обследованных детей: у 3,2% в 1 группе, у 1,5% во 2 группе и 4,2% ребенка в 3 группе. Локомоторные нарушения выявлены у 16,1% детей в 1 группе, у 10,8% – во 2 группе и у 41,7% – в 3 группе.

Следовательно, патология со стороны ЧМН, двигательной сферы преобладала у детей 1 и 3 групп, а неврологические расстройства координаторной сферы преимущественно наблюдались у детей 3 группы.

При изучении вида и характера судорог отмечено, что только в 3 группе характер судорог значительно изменился у

25,0% детей, в то время как в 1 группе эта цифра составила 1,6%, а во 2 группе – 3,1%. В 1 группе ФС представляли собой генерализованные приступы, которые развиваются в результате патологической активности, охватывающей оба полушария головного мозга одновременно. У 19,4% детей 1 группы, у 46,2% – 2 группы и у 37,5% – 3 группы первый приступ был тонический, у 8,1%, 21,5%, 4,2% пациента соответственно по группам – клонический.

Тоническими судорогами объясняются характерные черты большого эпилептического припадка. Спустя 10-20 сек тоническая фаза сменяется клонической, когда сокращения мышц чередуются с их расслаблением. Постепенно периоды расслабления удлиняются, и приступ заканчивается. Продолжительность редко превышает 1 мин. Такого рода приступы наблюдались в 62,9% случаях в 1 группе, в 26,2% - 2 группе и в 45,8% случаев в 3 группе. Сочетание генерализованных тонико-клонических приступов с миоклоническими отмечалось во 2 группе – у 1 и в 3 группе – у 2 детей, с абсансами – у 2 детей 3 группы.

Таким образом, при ФС наблюдались преимущественно генерализованные тонико-клонические приступы, которые могут служить критерием развития АФС.

Длительность ФС у детей оценивалась по субъективным данным родителей ребёнка. Длительность приступов в пределах 10 мин составляла в 1 группе у 75,8%, во 2 группе – у 41,5%, в 3 группе – у 20,8%. Длительность приступов от 10 до 30 мин выявлена у 16,1% детей 1 группы, у 53,8% – во 2 группе, у 50,0% в 3 группе. ФС сопровождались постприступным сном у 61,3% детей 1 группы, у 73,8% детей 2 группы и у 87,5% пациента в 3 группе. Постприступный сон отсутствовал у 6,5% детей 1 группы, во 2 группе – у 16,9% и у 8,3% детей – в 3 группе, но у них отмечалась после приступа вялость. Плач после приступа наблюдался только у 9,2% и 4,2% ребенка 2 и 3 групп соответственно.

Анализ психомоторного развития обследованных детей показал, что задержка моторного развития наблюдалась у 37,1% детей 1 группы, у 23,1% – 2 группы и у 37,5% – 3 группы, задержка развития речи произошла у 29,0% детей 1 группы, у 53,8% – 2 группы и у 50,0% – 3 группы. Задержка психического развития наблюдалась у 16,1% детей 1 группы, у 23,1% 2 группы и у 41,7% детей 3 группы. У 16,1% детей 1 группы и у 23,1% 2 группы были выявлены нарушения церебрального типа (повышенная утомляемость при физической работе и умственной деятельности, нарушение эмоционального равновесия, снижение памяти, психомоторная расторможенность, трудная управляемость поведением детей в детских учреждениях, школе и дома и др). Однако эти нарушения были представлены мягко и не вызывали существенной дезадаптации больных.

Оценка школьной успеваемости в ходе катамнестического наблюдения осуществлялась по табелям успеваемости школьников. В 1 группе было 35,5% школьника: из них 50,0% учились на «пятерки» и редко на «четверки», у 40,9% успеваемость была хорошая, у 9,1% – удовлетворительная. Во 2 группе 26,2% школьников: из них 44,7% учились на «пятерки» и редко на «четверки», у 31,6% успеваемость была хорошая, у 23,7% – удовлетворительная. В 3 группе большинство школьников – 91,7%: отличная и хорошая успеваемость выявлена в равном соотношении – по 31,8% детей соответственно, удовлетворительная успеваемость – у 36,4% детей.

Таким образом, задержка моторных навыков наблюдалась преимущественно у детей 1 и 2 групп, в то время как задержка речевого и психического развития в большей степени выявлена у детей, предрасположенных к развитию повторных ФС и АФС – во 2 и 3 группах. Низкие показатели школьной успеваемости наблюдались преимущественно у детей с повторными ФС и АФС, которые получали длительную антиконвульсивную терапию.

В результате проведения катamnестических наблюдений за детьми, перенесшими ФС в течение 4 лет, выявлено, что дебют ФС на фоне высокой температуры развился у обследованных детей в сроки с 6 месяцев до 4 лет. Пик заболеваемости приходится на период 1-2 года. Это видимо, связано с тем, что в этот период ребенок начинает ходить, и может произойти срыв адаптогенных механизмов, а также дети впервые начинают посещать детский сад, выходят из-под опеки матери, повышается возможность инфицирования.

В течение 6 месяцев после первого приступа у 95,2% у детей 1 группы приступы не повторялись, а у 4,8% детей приступы один раз повторились на фоне высокой температуры. У 66,3% детей 2 группы ФС не повторялись, у 29,2% повторились однократно, у 4,6% повторились в 2 случаях 5 раз, а в 1 случае – 3 раза, что послужило поводом к назначению АЭП. В 3 группе только у 20,8% больных детей в течение 6 месяцев после дебюта приступов не было, у 20,8% детей повторились 1кратно, у 37,5% детей повторились до 5 раз, у 4,2% – ежемесячно по 1 разу, у 8,3% детей – до 5 раз в течение 6 мес и многократно в день при повышении температуры тела свыше 38°C. Во вторые 6 месяцев первого года после первого приступа у детей 1 группы приступы не наблюдались, во 2 группе у 78,5% больных также приступов не было, у остальных – повторялись на фоне высокой температуры, чего нельзя сказать о детях 3 группы, у которых даже на фоне приема АЭП продолжались приступы.

Анализ частоты приступов через 1,5 года после первого приступа показал, что в 1 группе на фоне температуры свыше 38°C у 1,6% ребенка наблюдались судороги 2 раза

в месяц, во 2 группе – у 26,2% наблюдались однократно, в 3 группе – у 54,2% за полгода не было приступов, у 25,0% – однократно, у 12,5% – 2-5 раз. Почти в 2 раза, по сравнению с последним полугодием, увеличилось число детей без приступов в 3 группе. Через 2 года после первого приступа положение в 1 группе оставалось прежним. Во 2 группе количество детей без приступов увеличилось на 12,4% по сравнению с предыдущим сроком, а в 3 группе уменьшилось в 1,6 раза.

В 1 группе в период 1-3 года жизни картина оставалась прежней, во 2 группе количество детей без приступов увеличилось на 12,0%, в 3 группе увеличилось на 63,0%. Через 4 года после первого приступа в 1 группе отмечались еще у 3,2% детей однократные приступы при температуре выше 38°C. Во 2 группе уже у 98,5% детей приступы не наблюдались, что свидетельствует об эффективности назначения АЭП. В 3 группе количество больных в состоянии ремиссии увеличилось на 20,9%.

Анализ результатов катamnестических наблюдений детей с фебрильными судорогами показал, что у детей, не получавших АЭП, ФС возникали в течение 4 лет не более 2 раз и не имели тенденцию к прогрессированию. В группе детей, получавших АЭП, наблюдались повторные ФС с тенденцией к быстрому купированию и восстановлению активного образа жизни. У детей, склонных к трансформации ФС в АФС, в каждом возрастном периоде повторные фебрильные судороги возникали почти с одинаковой частотой, что говорит о высоком риске развития АФС у данных детей. Не исключено, что первые фебрильные судороги у них являются дебютом эпилепсии.

Таким образом, первая в жизни ребенка ФС отнюдь не означает, что он уже болен эпилепсией, или с фатальной неизбежностью заболеет ею в будущем. Эпилепсией заболевают лишь те дети, которые обладают констелляцией необходимых патологических условий – факторов риска, определяющих эволюцию заболевания в сторону эпилепсии. Даже при наличии факторов риска необходимо определенное время для формирования заболевания от первых ФС до обоснованно диагностированных клинических форм эпилепсии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Понятишин А.Е. Редкие младенческие эпилептические синдромы, включенные в проект новой классификации эпилепсии (ILAE, 2001). Обзор литературы // Русский журнал детской неврологии. - 2011. - Т. 6. - № 3. - С. 21-35.
- 2 Студеникин В.М., Турсунхужаева С.Ш., Шелковский В.И., Пак Л.А. Фебрильные судороги у детей: теоретические и практические аспекты // Вопросы практической педиатрии. - 2010. - Т. 5. № 2. - С. 66-74.
- 3 Мухин К.Ю., Миронов М.Б., Долина А.Ф., Петрухин А.С. Фебрильные приступы (лекция) // Русский журнал детской неврологии. - 2010. - Т. 5, вып. 2. - С. 17-30.
- 4 Фебрильные судороги. В кн.: Педиатрия. Под ред. Баранова А.А. (Серия: «Клинические рекомендации»). - М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2009. - С. 349-59.
- 5 Jones T., Jacobsen S.J. Childhood febrile seizures: overview and implications. Int. J. Med. Sci. - 2007. - 4. - P. 110-4.
- 6 Броун Т.Р., Холмс Г.Л. Эпилепсия. Клиническое руководство. Пер. с англ. - М.: Изд-во БИНОМ, 2006. - 288 с.
- 7 Steering Committee on Quality Improvement and Management, Subcommittee on Febrile Seizures American Academy of Pediatrics. Febrile seizures: clinical practical guideline for the long-term management of the child with simple febrile seizures. Pediatrics. - 2008. - 121. - P. 1281-6.
- 8 Capovilla G., Mastrangelo M., Romeo A., Vigevano F. Recommendations for the management of «febrile seizures»: Ad Hoc Task Force of LICE Guidelines Commission. Epilepsia. - 2009. - 50 (Suppl.). - P. 2-6.
- 9 Red Book: Report of the Committee on Infectious Diseases. 27th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics. - 2006. - 992 p.

Н.Б. ИСМАИЛОВА

ФЕБРИЛ ҚҰРЫСУЛАРЫН НӘТИЖЕЛЕР БАЛАЛАРДА

Түйін: Бапта фебрил құрысуларын нәтижелер балаларда ұзақ бақылау ішінде сипатталған. Бірге болатын (II дәреженің мешелі, аллергиялық аурулар, I дәреженің глист паразиттің организмге енуі, гипотрофиясы, II дәреже, респиратор тракті және несеп шығару жүйесінің жоғарғы бөлімдерінің созылмалы ауруын диффузиялық без) аурулар пневмония және өткір ішек инфекциясы фебрил құрысуларын дамытудың негізгі арандататын факторларымен өткір респиратор-вирустық инфекциялары болып табылғанын анықталған құрысуларды афебрилтың дамытуы үшін қолайлы топырақтарды құрады. Тұқым қуалаған салмақ салыну ол да құрысуларды афебрилты шешуші мәндерден дамытуға фебрил құрысуларын дебюттен кейін бір ойнай алады. Көбінесе өршіген тониколар фебрил құрысуларында байқалды-құрысуларды афебрилтың дамытуын белгімен қызмет көрсете алатын клониялық баса көктеулер.

Түйінді сөздер: фебрил құрысулары, нәтиже, балалар, аурудан кейін сауыға бастауды мерзім.

N.B. ISMAILOVA

OUTCOMES OF FEBRILE SEIZURES AT CHILDREN

Resume: In article outcomes of febrile seizures at children during long observation are described. It is established that the major provocative factors of development of febrile seizures are the acute respiratory and virus infection, pneumonia and acute enteric infection, and accompanying diseases (the rachitis of the II degree, allergic diseases, a helminthic invasion, an oligotrophy of the I degree, a diffuse struma of the II degree, chronic diseases of the top departments of a respiratory tract and an urinary system) frame favorable circumstances for development of afebril seizures. Hereditary burdens can play too one of crucial importance in development of afebril seizures after a debut of febrile seizures. At febrile seizures mainly generalized toniko-clonic attacks which can serve as criterion of development of afebril seizures were observed.

Keywords: febrile seizures, outcome, children, reconvalescence period.

Б.С. БИГЕЛЬДИЕВА

Государственное учреждение «Алматинский областной Дом ребенка «Кара-Кастек»

ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ДЕТЬМИ-ВОСПИТАННИКАМИ ДОМА РЕБЕНКА «КАРА-КАСТЕК»

Дети, воспитывающиеся в домах ребенка, являются наименее социально защищенной группой населения. Постоянное проживание в закрытом коллективе определяет различные отклонения в состоянии здоровья этих детей. В работе проведен анализ заболеваемости в динамике у воспитанников Дома ребенка «Кара-Кастек» Алматинской области, на основании которого определены наиболее рациональные подходы к их терапии и реабилитации.

Ключевые слова: дети, дом ребенка, заболеваемость, реабилитация

Согласно официальной статистике в 2011 году в Казахстане без родителей воспитываются 2870 детей в 25 домах ребенка [1]. Ранний детский возраст является определяющим как в общем развитии ребенка, так и для формирования его здоровья. По сравнению со сверстниками из благополучных семей, воспитанники домов ребенка имеют худшие показатели соматического здоровья, физического и нервно-психического развития [2]. На стабильно высоком уровне находится число детей-сирот с расстройствами питания. Установлено, что воспитанники, страдающие до поступления в дом ребенка генетически обусловленной патологией, пороками и аномалиями развития в большей степени были подвержены развитию соматических заболеваний. Рост заболеваемости среди детей обуславливает нарастание инвалидности детского населения. Детская инвалидность является важнейшей проблемой современного общества. По мнению экспертов Всемирной организации здравоохранения доля тяжелой детской инвалидности в детской популяции составляет в мире около 2%. Тенденция к росту детской инвалидности отмечается во всем мире. Удельный вес детей-инвалидов составил в 2003 году 23% от общего числа воспитанников домов ребенка [3, 4, 5].

Однако, несмотря на большую научно-практическую значимость проблемы, остаются недостаточно изученными отдельные причины поступления детей в дома ребенка. Отмечается недостаточное количество работ, в которых рассматривается связь причин поступления ребенка в закрытое учреждение с его здоровьем. Большинство работ, касающихся состояния здоровья воспитанников домов ребенка, освещают подходы к их социально-психологической реабилитации. Государственное учреждение «Алматинский областной Дом ребенка «Кара-Кастек» функционирует с марта 1999 года. Здание построено с учетом санитарно-гигиенических требований на 100 коек. Кроме групповых помещений имеется прививочный кабинет, физиокабинет, зал ЛФК, музыкальный зал, кабинет для массажа и логопеда. Сплоченный и квалифицированный коллектив единомышленников (70% специалистов высшей и первой категории) под руководством главного врача, состоит из 3 врачей (невропатолога, педиатра, инфекциониста), более 20 специалистов среднего звена, 18 человек педагогического персонала, среди которых есть старший воспитатель, логопед-дефектолог, музыкальный работник и 25 человек младшего медицинского персонала.

Направления деятельности детского дома многогранны: лечебно-профилактическое и

оздоровительное, воспитательное, коррекционно-развивающее, социально-правовое. Осмотр и наблюдение за детьми проводится постоянно с момента поступления в дом ребенка до выбытия.

В основные задачи входят: - сохранение, укрепление, оздоровление и коррекция физического и психического здоровья, формирование первоначальных представлений и установок на здоровый образ жизни; максимальное развитие личности ребенка в соответствии с его возможностями; социально-бытовая реабилитация воспитанников, формирование коммуникативных умений и навыков у детей.

Основы здоровья каждого поколения закладываются в детском возрасте, поэтому дети-воспитанники дома ребенка - особая группа населения. Кроме того, показатели здоровья определяют состояние многих медицинских, социальных и экономических проблем, особенно у сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. В оценке состояния здоровья детского населения в последнее время все чаще первостепенное значение приобретают показатели заболеваемости, поскольку позволяют наиболее объективно отразить степень утраты здоровья.

Целью данного исследования явилось изучение заболеваемости детей-воспитанников Дома ребенка.

Материалы и методы.

За период 1999 – 2001 гг. и 2010-2012 гг. на базе дома ребенка «Кара-Кастек» по материалам выкопировки данных о заболеваемости из 375 историй развития ребенка (ф.112/у) изучалась заболеваемость детей первых 3-х лет жизни. Анализ уровней заболеваемости проводился согласно Международной классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра. Доля мальчиков составила 57,1% (n=214), девочек – 42,9% (n=161).

Оценка здоровья ребенка с определением группы здоровья осуществлялась по схеме, учитывающей критерии здоровья. Согласно этим критериям все дети дома ребенка распределяются на две группы здоровья: Первая группа – это здоровые дети, вторая группа включает детей с различными заболеваниями. Такое разделение на указанные группы дает более широкое представление о состоянии здоровья каждого конкретного ребенка и контингента наблюдаемых детей в целом, позволяет выделить «угрожаемый» контингент детей и проводить необходимые для сохранения их жизни мероприятия.

Результаты и их обсуждение.

По результатам проведенного исследования показатель заболеваемости детей включая ОРВИ в 1999 – 2001 гг.

составил в среднем 198,6 случаев в расчете на 100 детей первого года жизни и 150,5 случаев на 100 детей второго и третьего года жизни. В 2010-2012 гг. эти показатели заболеваемости в аналогичных группах увеличились до 414,2 и 260 случаев на 100 детей соответственно. То есть в динамике с 1999 г. по 2012 г. произошло увеличение заболеваемости детей на первом году жизни более чем в 2 раза, а на втором и третьем – в 1,7 раза.

В течение 2010-2012 гг. заболеваемость острыми респираторными вирусными инфекциями (ОРВИ) регистрировалась на уровне 213 случаев в расчете на 100 детей первых трех лет жизни и 207,1 случаев на 100 детей первого года жизни, в 1999 – 2001 гг. 207,0 и 63,6 случаев на 100 детей соответственно, т.е. произошло увеличение заболеваемости более чем в 3 раза среди детей первого года жизни. При этом ОРВИ определяло долю заболеваемости детского населения в возрасте до 1 года в диапазоне от 21,9 % до 68,2% в общем числе зарегистрированных случаев (таблица 1).

Доказано, что частые и длительные ОРВИ могут быть связаны с персистенцией внутриклеточных инфекционных возбудителей. Согласно статистике, частота заболеваемости ОРВИ в течение всего периода раннего возраста у воспитанников домов ребенка выше, чем у детей, воспитывающихся в семье (250,0 и 186,1 случая на 100 детей соответственно). Большинство детей в домах ребенка входят в группу часто болеющих, более склонны к хроническому течению заболеваний; у них чаще, чем в общей популяции, выявляются кожные и респираторные аллергии, отклонения физического развития. К эпидемиологическим особенностям острых респираторных инфекций в домах ребенка относятся быстрое распространение возбудителей и длительная их циркуляция в коллективе. Это, в свою очередь, повышает риск супер- и реинфицирования и ведет к более длительному, затяжному течению и, на фоне функциональной напряженности систем адаптации, к более частому возникновению осложнений [6].

Таблица 1 – Показатели острой респираторной заболеваемости среди детей Дома ребенка

Годы	Абсолютные числа ОРВИ		Удельный вес ОРВИ на 1-м году от п каждого года %
	Всего (n)	в том числе на 1-м году жизни	
1999	22	15	68,2
2000	55	28	51,0
2001	78	34	43,6
2002	114	30	26,3
2003	96	21	21,9
2004	82	26	31,7
2005	73	18	24,6
2006	84	40	47,6
2007	131	35	26,7
2008	120	52	43,3
2009	153	63	41,2
2010	76	34	44,7
2011	113	55	48,7
2012	92	27	29,3
Итого	1289	478	37,1

Значительная часть воспитанников (80%), по нашим данным, относится ко II группе, а в группе практически здоровых – 20%. Общей возрастной закономерностью у воспитанников домов ребенка является увеличение к трем годам численности детей во II группе и уменьшение их в I группе, т.е. происходит переход функциональных нарушений в хроническую патологию.

В структуре заболеваемости детей первых трех лет жизни главенствующее место занимает перинатальное поражение центральной нервной системы (диапазон колебаний удельного веса от 42% до 55%), далее следуют болезни органов дыхания (от 16% до 31%), анемия (от 13% до 18%), гипотрофия (от 3% до 11%), атопический дерматит (от 3,1% до 7,9%) и рахит (от 2% до 4%). За период с 1999 по 2012 гг. уровень заболеваемости атопическим дерматитом вырос в 2 раза, а гипотрофии - в 1,5 раза. В то же время отмечалось снижение уровня заболеваемости детей от пневмонии, анемии и рахита в динамике от первого года жизни к третьему.

Вся лечебно - оздоровительная работа направляется на раннее выявление факторов риска заболеваемости, предупреждение их развития, комплексную медико-педагогическую реабилитацию детей, а также предупреждение осложнений, инвалидности. Уже на очень ранних сроках в процесс лечения врачи Дома ребенка подключают массаж, физиолечение и другие физиотерапевтические методы лечения.

Как видно из приведенных данных в таблице 2, почти все дети, заболевшие пневмонией на первом году жизни, были в тяжелом состоянии и госпитализированы (95,3%), а на втором и третьем году жизни стационарное лечение было показано 53,6% из числа заболевших детей. Дети первого года жизни с диагнозом перинатальное поражение центральной нервной системы подлежали госпитализации только в 19,3%, на втором и третьем году – в 7,9% случаев от всех заболевших, двое детей с диагнозом атопический дерматит были пролечены стационарно в 2012 году.

Таблица 2 – Возрастной состав госпитализированных детей по поводу пневмонии, перинатального поражения центральной нервной системы и атопического дерматита за период с 1999-2001 гг. и 2010-2012 гг.

Возрастная группа	Число больных детей	Абсолютное число госпитализированных		Удельный вес госпитализированных
		пневмония		
Первый год жизни	64	61		95,3%
Второй и третий годы жизни	28	15		53,6%
перинатальное поражение центральной нервной системы				
Первый год жизни	119	23		19,3%
Второй и третий год жизни	63	5		7,9%
атопический дерматит				
Первый год жизни	2	2		100%

За время деятельности Дома ребенка 1298 детей получили в нем воспитание. Из них ушли на усыновление - 331, умерли- 21, переведены в детские дома народного образования – 63, а в специализированные дома ребенка - 43, вернулись к родителям - 840.

Практически ежегодно в специализированный детский Дом ребенка с. Шелек переводится 5-6 детей. О хорошей организации работ по оздоровлению и устройству имеющихся детей говорит показатель усыновления. Усыновление – это шанс для ребенка приобрести семью и вести нормальный образ жизни. Ежегодно около 20 здоровых детей Дома ребенка «Кара-Кастек» усыновляется гражданами Республики Казахстан, имеет место и международное усыновление. Это дает возможность детям с различной патологией приобрести любящих родителей.

Существует много причин, способствующих переводу детей в дома ребенка. То, что семейные люди могут

сделать, в большей степени определяется уровнем дохода и знаниями, то есть теми факторами, которые они не вполне контролируют. Возможности, доходы и социальный статус женщин оказывают в каждом обществе заметное влияние на здоровье. Из-за наличия такой взаимосвязи действия правительства могут влиять на условия жизни семей и отдельных лиц, могут оказывать существенное влияние и на здоровье населения. Наиболее частыми причинами поступления детей в дом ребенка являются: тяжелое материальное положение семьи и матерей одиночек, отказ от больных детей с неврологической и физической врожденной патологией, социальное сиротство (алкоголизм родителей, пребывание родителей в местах лишения свободы, подкидыши). В то же время в последние годы отмечается тенденция к увеличению числа усыновленных детей-сирот (таблица 3).

Таблица 3 - Устройство детей в семьи (совместно с органами опеки)

Период работы	Количество усыновленных /удочеренных детей (всего)	в том числе иностранными семьями
2009	17	7
2010	36	12
2011	20	2

В настоящее время в Доме ребенка «Кара-Кастек» воспитывается 44 ребенка в возрасте до трех лет, которые требуют квалифицированного медицинского ухода, лечения, коррекции. Коррекционно-воспитательная работа включает в себя составление индивидуальных программ развития, тщательное и систематическое планирование методов и приемов педагогического воздействия с учетом индивидуально-психологических особенностей детей, направленных на развитие положительных эмоций и чувств детей; формирование положительных навыков и привычек, элементарных знаний и умений и адаптацию их в окружающей действительности. Действующая система медико-психолого-педагогического воздействия

благоприятно сказывается на укреплении здоровья, социальной адаптации, интеллектуальном и речевом развитии воспитанников, позволяет более эффективно и целенаправленно проводить медикаментозно-физиотерапевтическое лечение. Весьма актуальными являются разработка и проведение среди воспитанников дифференцированных лечебно-оздоровительных мероприятий с учетом индивидуального прогнозирования патологии.

Таким образом, по данным наших наблюдений, состояние здоровья детей обусловлено особенностями закрытого коллектива, наличием неблагоприятного преморбидного фона, отягощенным анамнезом. Уже при поступлении в Дом ребенка дети имеют серьезные

отклонения в состоянии здоровья, например, у каждого второго ребенка имеются признаки перинатальной патологии, что также подтверждается литературными данными [7]. Для детей, попавших в Дом ребенка, характерна нарастающая в динамике высокая частота различных нарушений здоровья. Уровень заболеваемости воспитанников Дома ребенка за 14 лет вырос в 1,9 раза и составил, по нашим данным, в 1999-2001 гг. 170,8 случаев, в 2010-2012 гг. – 319,7 случаев в

расчете на 100 детей первых трех лет жизни. Большинство детей имеют II группу здоровья в связи с наличием хронической патологии и формированием более тяжелых последствий перинатальных поражений центральной нервной системы. В связи с этим работа по оказанию реабилитационной помощи детям-воспитанникам Дома ребенка строится по принципу сочетания медицинских, психологических и педагогических мероприятий.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2011 году. Стат. сб. – Астана: 2012. – 320 с.
- 2 Ахтямова О.В. Состояние здоровья и организация медицинской помощи социальным сиротам в домах ребенка общего типа (по материалам Республики Татарстан): Автореф. дис... канд. мед. наук. – М.: 2004. – 24 с.
- 3 Янушанец Н.Ю. Состояние и пути оптимизации медицинской реабилитации детей с ограниченными возможностями вследствие заболевания нервной системы: Автореф. дис... д-ра мед. наук: 14.00.09. - Иваново, 2008. – 38 с.
- 4 Чичерин Л.П. Принципы организации амбулаторно-поликлинической помощи детям и подросткам // Баранов А.А., Альбицкий В.Ю. Социальные и организационные проблемы педиатрии. Избранные очерки. – М.: Издат. Дом «Династия», 2003. – С. 45-49.
- 5 Альбицкий В.Ю., Баранов В.А., Гасиловская Т.А. и др. Медико-социальные проблемы социального сиротства. – М.: Литерра, 2007. - 193 с.
- 6 Юлиш Е.И., Балычевцева И.В., Висягин В.Б., Кривущев Б.И., Гадецкая С.Г., Ярошенко С.Я., Лютова Т.А., Щур Н.В. Подходы к лечению и реабилитации часто и длительно болеющих респираторными заболеваниями детей, проживающих в доме ребенка \ Здоровье ребенка. - 2 (23). – Донецк: 2010.
- 7 Воробьева Е.А. Формирование здоровья детей с перинатальными поражениями центральной нервной системы, воспитывающихся в домах ребенка и детских домах, профилактика его нарушений: Автореф. дис... д-ра мед. наук: 14.00.09. - Иваново, 2008. – 38 с.

Б.С. БИГЕЛЬДИЕВА

«ҚАРА-ҚАСТЕК» БАЛАЛАР ҮЙІНДЕГІ ТӘРБИЕЛЕНУШІ-БАЛАЛАРҒА ДИНАМИКАЛЫҚ БАҚЫЛАУ ЖҰРГІЗУ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Түйін: Балалар үйінде тәрбиеленетін балалар – тұрғындардың элеуметтік тұрғыдан ең аз қорғалған топтары. Жабық ұжымда үнемі өмір сүру, бұл балалардың денсаулық жағдайында түрлі ауытқуларды анықтайды. Жұмыста, Алматы облыстық «Қара-Қастек» балалар үйі тәрбиеленушілерінің аурушаңдығы динамикада талқыланды, оның негізінде терапия және реабилитацияның ең рационалды жолдары анықталды.

Түйінді сөздер: балалар, балалар үйі, аурушаңдық, реабилитация.

B.S. BIGELDIEVA

FEATURES OF DYNAMIC MONITORING OF CHILDREN BEING RAISED IN THE ORPHANAGE, "KARA KASTEK"

Resume: Children in orphanages are the most socially disadvantaged groups. Permanent residence in a closed team defines different variations in health status of these children. The paper analyzes the incidence in dynamo at pupils orphanage "Kara-Kastek" Almaty region, which are defined on the basis of the most rational approaches to therapy and rehabilitation.

Keywords: children, children's home, disease, rehabilitation.

УДК 616.61-053.2-08

Б.А. АБЕУОВА¹, А.Е. НАУШАБАЕВА², Г.Н. ЧИНГАЕВА², А.А. НУРБЕКОВА², КАБУЛБАЕВ К.А.²¹ Карагандинский государственный медицинский университет (Караганда)² Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова (Алматы)

СЕЛЕКТИВНЫЕ ИММУНОСУПРЕССОРЫ И АЛКИЛИРУЮЩИЕ АГЕНТЫ В ТЕРАПИИ СТЕРОИДЗАВИСИМОГО НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ

В исследовании показана эффективность циклоспорина А и мофетила микофенолат в терапии стероидзависимого нефротического синдрома. На терапии циклоспорином у больных не отмечалось каких-либо инфекционных осложнений, а со стороны желудочно-кишечного тракта и гематологических осложнений было по 7,1% случаев. На терапии мофетила микофенолат отмечались только инфекционные осложнения - у 21,5% больных. Терапия хлорамбуцилом чаще вызывала бактериально-вирусные инфекции, чем терапия циклофосфамидом (35,1% против 24,1%, $p < 0,05$). Частота грибковых инфекций также чаще на терапии хлорамбуцилом, чем на терапии циклофосфамидом (7,8% и 4,5%, $p > 0,05$). Инфекции мочевой системы на терапии хлорамбуцилом почти в 7 раз встречались чаще, чем на терапии циклофосфамидом (19,9% и 2,8%, $p < 0,001$).

Ключевые слова: циклоспорин А, мофетила микофенолат, хлорамбуцил, циклофосфамид, стероидзависимый нефротический синдром

Иммуносупрессивная терапия (ИСТ), являясь основной патогенетической терапией стероидзависимого нефротического синдрома (СЗНС), помимо явного терапевтического эффекта имеет большое количество побочных эффектов [1-3]. При этом вопросы пользы и риска от иммуносупрессивной терапии остаются предметом изучения в области нефрологии. Как альтернатива стероидной терапии и алкилирующим агентам появились публикации по применению циклоспорина А (ЦсА) и мофетила микофенолата (ММФ) [4,5]. Эти препараты, являясь селективными иммуносупрессантами, не несут тех побочных эффектов, которые присущи преднизолону и алкилирующим агентам [5,6].

Цель работы: Оценка эффективности у больных стероидзависимым нефротическим синдромом таких иммуносупрессоров как хлорамбуцил, циклофосфан, циклоспорин А и мофетила микофенолата.

Пациенты и методы. Изучались клинические, лабораторные показатели, а также данные катамнеза детей со стероидзависимым нефротическим синдромом, получавших лечение иммуносупрессивными препаратами в нефрологическом отделении Республиканской детской клинической больницы «Аксай» (Алматы) в период 2000-2011 гг. Исследования включали обычный спектр исследований, проводимых в педиатрическом нефрологическом отделении. 36 больным проведена нефробиопсия, по заключению которой назначалась соответствующая иммуносупрессивная терапия. Морфологическое исследование почечного биоптата включало три необходимых исследования: световую, иммунофлюоресцентную (ИФ) и электронную микроскопию (ЭМ), которые проводились нефропатологами России – Сухановым А.В. (Москва), Воробьевой О.А. (Санкт-Петербург). Эффективность оценивалась по срокам достижения ремиссии и длительности сохранения ремиссии. 46 больных СЗНС на терапии хлорамбуцилом (ХБ) и циклофосфаном (ЦФ) отобраны ретроспективно (до 2004 года биопсия почек в Казахстане не проводилась).

Существенных различий по возрасту и давности НС у детей на различной иммуносупрессивной терапии не выявлено. Все больные были приблизительно одного

возраста и с одинаковой давностью заболевания.

Хлорамбуцил получало 20 больных СЗНС. Циклофосфан получали 26 больных СЗНС. Терапевтическая доза ЦФ - 2 мг/кг/сут, ХБ - 0,2 мг/кг/сут в течение 8 недель с переходом на поддерживающую (половина от терапевтической) дозу также в течение 8 недель. Терапия циклофосфаном у всех больных СЗНС, также как и терапия хлорамбуцилом, приводила к полной ремиссии заболевания. Циклоспорин А (ЦсА) получало 19 больных (у 9 имел место НС с минимальными изменениями по результатам нефробиопсии, у 10 – фокально-сегментарный гломерулосклероз), и ММФ – 17 (у всех по результатам нефробиопсии мембрано-пролиферативный гломерулонефрит, из них у 6 – ассоциированный с IgA-нефропатией).

Показанием к назначению ЦсА больным СЗНС было в первую очередь заключение нефробиопсии, а также имело значение наличие у этих больных стероидных осложнений в виде катаракты - у 35,7%, отставания в росте и инфекция мочевой системы (ИМС) - по 21,4%, осложнений со стороны желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) в виде эрозивного гастрита, реактивного гепатита и панкреатита - у 7,1%, других осложнений - у 14,3%. Показанием к назначению ММФ больным СЗНС было также заключение нефробиопсии. Осложнения от повторных курсов преднизолона в этой группе были следующими: катаракта - у 14,3% больных, отставание в росте и упорная ИМС - у 28,5% больных.

Результаты и обсуждение. Терапию ЦсА большинство детей получало в среднем $22,8 \pm 3,8$ месяцев. Все больные закончили терапию – проявлений нефротоксичности или непереносимости препарата не было отмечено. Терапевтическую дозу ЦсА, из расчета 5 мг/кг в сутки, больные получали $3,9 \pm 0,2$ месяцев параллельно с поддерживающей дозой преднизолона с постепенной отменой; поддерживающую дозу ЦсА – $18,6 \pm 2,7$ месяцев. У больных на терапии ММФ продолжительность терапевтической дозы ММФ проводилась из расчета 1000 мг/м^2 в сутки, была в пределах $3,5 \pm 0,6$ месяцев, а поддерживающей дозы - $18,2 \pm 2,0$ месяцев. Все дети получали сочетание ММФ с умеренными дозами преднизолона альтернирующим курсом с постепенным снижением до отмены.

Продолжительность терапии в комбинации с преднизолоном у всех больных на терапии ЦсА и ММФ была в течение $4,4 \pm 0,5$ недель.

На фоне терапии ЦсА отмечено нарастание показателей артериального давления у трети больных (таблица 1), которым дополнительно была назначена гипотензивная терапия в виде блокаторов кальциевых каналов (нормодипин, лаципил). Изменений со стороны АД

(систолическое – САД, диастолическое – ДАД) у больных на терапии ММФ не выявлено. Отмечено достоверное снижение протеинурии у больных обеих групп, получавших селективные иммуносупрессоры ($p < 0,05$), что сопровождалось повышением уровней альбумина и общего белка в сыворотке крови. Показатели СОЭ также уменьшались до нормальных ($p < 0,05$) как на терапии ЦсА, так и на терапии ММФ.

Таблица 1 – Динамика клинико-лабораторных показателей на ИСТ у стероидзависимых больных

ИСТ	АД, мм.рт.ст.						СОЭ, мм/ч		Протеинурия г/сут	
	САД			ДАД			до	после	до	после
	до	на фоне	после	до	на фоне	после				
ХБ	$111 \pm 1,4$	$110 \pm 0,9$	$109 \pm 2,4$	$69 \pm 1,1$	$69 \pm 1,8$	$62 \pm 1,7$	$29 \pm 5,1$	$*8,3 \pm 2,1$	$2,2 \pm 0,4$	*0
ЦФ	$108 \pm 2,7$	$107 \pm 1,9$	$110 \pm 1,8$	$64 \pm 0,8$	$65 \pm 1,1$	$62 \pm 1,9$	$31,5 \pm 2,2$	$*6,9 \pm 1,5$	$2,0 \pm 0,2$	*0
ЦсА	$109,5 \pm 2,4$	$118,2 \pm 4,4$	$110,2 \pm 2,3$	$65,4 \pm 2,8$	$70,3 \pm 3,5$	$65,5 \pm 2,2$	$29,5 \pm 4,6$	$*7,3 \pm 3,1$	$1,9 \pm 0,5$	*0
ММФ	$110,1 \pm 1,9$	$109,5 \pm 2,2$	$109,7 \pm 1,7$	$62,3 \pm 2,2$	$63,1 \pm 1,3$	$60,9 \pm 1,7$	$30,7 \pm 3,1$	$*9,2 \pm 1,8$	$2,1 \pm 0,3$	*0

* достоверные изменения в сравнении с исходными показателями

Биохимические показатели нормализуются одинаково у больных на терапии ЦсА и ММФ уже на фоне терапевтической дозы (таблица 2). Контрольные показатели определялись на 10-12 неделе терапевтической дозы селективными иммуносупрессорами. Показатели общего белка и

альбуминов к указанному сроку достоверно пришли в соответствии с нормой. Отмечена тенденция повышения показателей калия и мочевины на фоне терапии ЦсА ($p > 0,05$). Подобных изменений на терапии ММФ не отмечалось.

Таблица 2 – Динамика биохимических показателей на ИСТ у стероидзависимых больных

ИСТ	Общий белок, г/л		Альбумин, %		Калий, ммоль/л		Креатинин, ммоль/л		Мочевина, ммоль/л	
	до	на	до	на	до	на	до	на	до	на
ХБ	$47,9 \pm 0,3$	$*62,0 \pm 2,1$	$31,2 \pm 0,5$	$*41,4 \pm 0,9$	$4,2 \pm 0,1$	$4,4 \pm 0,3$	$0,07 \pm 0,002$	$0,06 \pm 0,004$	$6,2 \pm 0,3$	$5,1 \pm 0,3$
ЦФ	$46,8 \pm 0,3$	$*64,2 \pm 0,9$	$31,0 \pm 1,1$	$*42,1 \pm 0,8$	$4,3 \pm 0,2$	$4,1 \pm 0,3$	$0,07 \pm 0,003$	$0,06 \pm 0,002$	$6,3 \pm 0,5$	$4,5 \pm 0,2$
ЦсА	$47,2 \pm 0,5$	$*62,0 \pm 2,1$	$30,2 \pm 1,2$	$*40,5 \pm 1,3$	$4,1 \pm 0,1$	$5,5 \pm 0,2$	$0,08 \pm 0,004$	$0,09 \pm 0,005$	$5,2 \pm 0,3$	$6,1 \pm 0,3$
ММФ	$48,3 \pm 0,4$	$*64,2 \pm 0,9$	$30,0 \pm 1,2$	$*42,1 \pm 0,7$	$4,2 \pm 0,1$	$4,2 \pm 0,3$	$0,06 \pm 0,003$	$0,06 \pm 0,004$	$4,3 \pm 0,5$	$3,9 \pm 0,2$

* достоверные изменения в сравнении с исходными показателями

Кратковременные ухудшения функциональных показателей и некоторых биохимических показателей (калия и мочевины) на терапии ЦсА мы связываем с действием препарата на приводящую артериолу, что приводило к ухудшению внутриклубочковой гемодинамики.

Уровень протеинурии быстрее и значительно снижается у больных стероидзависимым НС на фоне терапии ЦсА,

чем на фоне терапии ММФ (рисунок 1). Ко второму месяцу лечения ЦсА у больных протеинурия исчезает полностью, тогда как на ММФ уровень протеинурии составляет $0,5 \pm 0,002$ г/сут. Тем не менее к началу 3 месяца, при переходе на поддерживающую дозу ММФ, протеинурия также исчезает полностью.

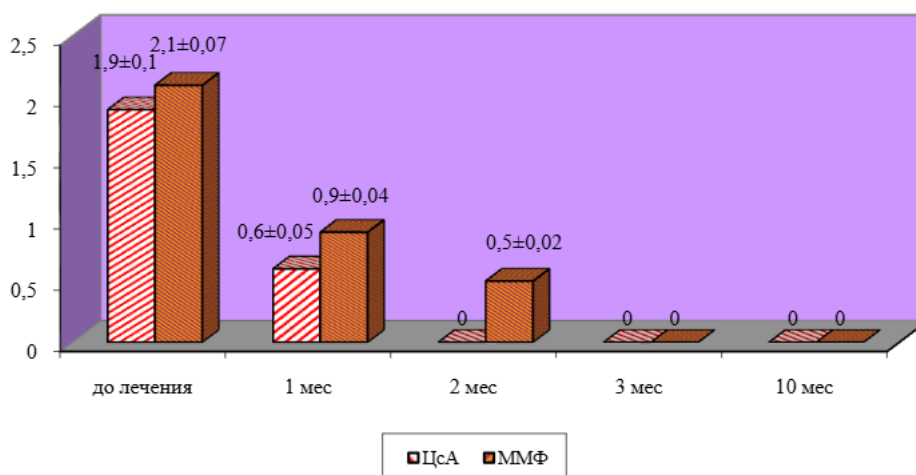


Рисунок 1 - Уровень протеинурии (г/сут) у больных СЗНС зависимости от длительности терапии ЦсА и ММФ

Функциональные показатели несколько снижались на фоне терапии ЦсА, но достигали нормы после окончания терапии (таблица №3). Терапия ММФ не влияла на функциональные показатели почек: они сохранялись

неизменными и отмечена тенденция к улучшению ($p>0,05$).

Таблица 3 – Динамика функциональных показателей у больных СЗНС на ИСТ

ИСТ	СКФ, мл/мин			Концентрационная функция		
	до	на фоне	после	до	на фоне	после
ХБ	78,1±1,7	85,2±1,9	88,8±0,9	1015±2,9	1019±1,0	1020±1,6
ЦФ	75,4±1,5	87,5±1,1	92,2±1,2	1018±1,2	1023±1,9	1022±1,4
ЦсА	73,9±0,7	85,2±1,9	93,8±0,8	1019±0,9	1019±1,6	1021±0,6
ММФ	72,2±0,5	93,8±0,7	100,2±0,7	1016±1,2	1023±0,9	1023±1,1

Эффективность ЦсА управляется его концентрацией в сыворотке крови: инициальной (C0) - 100-150 нг/мл. Пиковая концентрация через 2 часа (C2) при НС находится в пределах 700±200 нг/мл [8]. Концентрация ЦсА исследовалась у 77,1 % больных на терапевтической дозе препарата и не превышала рекомендуемой инициальной – 110,2±1,1 нг/мл.

Сравнивая частоту побочных эффектов иммуносупрессивной терапии у стероидзависимых больных, нами выявлено, что терапия селективными иммуносупрессорами дает меньшее число осложнений, чем терапия алкилирующими агентами (рисунок 3). На терапии ЦсА у больных стероидзависимым НС не отмечалось каких-либо инфекционных осложнений, со стороны ЖКТ и гематологических осложнений было по 7,1% случаев (повышение билирубина; анемия). На терапии ММФ отмечались только инфекционные осложнения - у 21,5% больных.

Больше всего инфекционных осложнений отмечалось на терапии алкилирующими агентами (частые ОРВИ, герпетическая инфекция, ангины, гнойничковые заболевания кожи и слизистых, пневмонии, кандидозы). Также преобладали гематологические осложнения (лейкопения и анемия) и осложнения со стороны ЖКТ (тошнота, рвота, повышение трансаминаз и тимоловой пробы, выраженный дисбактериоз). Терапия хлорамбуцилом чаще вызывала бактериально-вирусные инфекции, чем терапия циклофосфамидом (35,1% против 24,1%, $p<0,05$). Частота грибковых инфекций также чаще на терапии хлорамбуцилом, чем на терапии циклофосфамидом (7,8% и 4,5%, $p>0,05$). Инфекции мочевой системы на терапии ХБ почти в 7 раз встречались чаще, чем на терапии ЦФ (19,9% и 2,8 %, $p<0,001$).

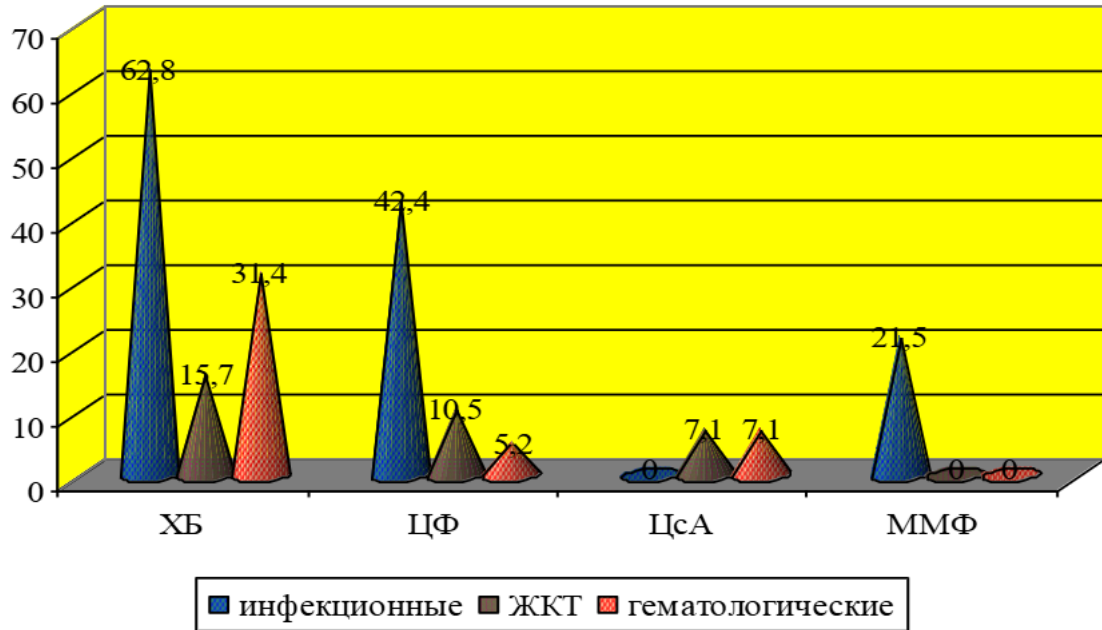


Рисунок 3 – Частота побочных осложнений от проводимой иммуносупрессивной терапии у стероидчувствительных больных

Нами выявлено, что при СЗНС частота сохраняющейся ремиссии зависит непосредственно от длительности приема препарата. Чем дольше прием селективного иммуносупрессора, тем меньше риск возникновения повторного рецидива. Так при длительности терапии ЦсА в течение 6-10 месяцев после отмены препарата рецидивы неизбежны. При длительности терапии ЦсА в течение 12 месяцев рецидивы возникли у трети больных в течение 2-7 месяцев после отмены ЦсА. При длительности терапии 18 и более месяцев рецидивов НС после отмены препарата не отмечалось в течение всего периода наблюдения (1-5 лет). Сходные результаты получены у больных и на терапии ММФ. При длительности терапии ММФ в течение 6-8 месяцев рецидивы НС после отмены препарата возникали у половины больных. При длительности терапии 12 месяцев и более рецидивов НС не было в течение всего периода наблюдений (1-5 лет).

Заключение. В исследовании показана эффективность ЦсА и ММФ в терапии стероидзависимого

нефротического синдрома. Полная ремиссия на терапии селективными иммуносупрессорами достигнута в 100% случаях. Рецидивы на фоне лечения ЦсА зарегистрированы у 21,4% больных, на терапии ММФ - у 14,3% больных. Рецидивы после окончания терапии ЦсА отмечены у 15,7% больных, после отмены ММФ - у 18,5%. Особенно важным нам представляется подчеркнуть отсутствие нефротоксичности у больных на терапии ЦсА. Дети, получившие ЦсА и ММФ, имели важное преимущество перед другими стероидзависимыми больными - они смогли избежать многочисленных симптомов стероидной токсичности, назначения алкилирующих агентов с их ближайшими и отдаленными осложнениями. Учитывая достаточную эффективность селективных иммуносупрессоров и меньшее число осложнений, мы отдаем предпочтение в терапии стероидчувствительного НС циклоспорину А и мофетил микофенолату, чем алкилирующим агентам.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Donia A.F., Gazareen S.H., Ahmed H.A. et al. Cyclophosphamide inadequately suppresses reoccurrence of minimal change nephrotic syndrome in corticoid-dependent children //Nephrol Dial Transpl. - 2003. -Vol. 18, № 10. - P. 2054-2058.
- 2 Ponticelli C. Nephrotic syndrome: pathogenesis, complications and symptomatic treatment //Intern. Congr. of Immunointervention Abstracts.- Rome: 1996. - P. 82-84.
- 3 Настаушева Т.Л., Ситникова В.П.,Штешинская Е.В., Стахурлова Л.И. Иммуносупрессивная терапия гломерулонефритов у детей цитостатическими препаратами алкилирующего действия //Нефрология и диализ.- 2000. - № 4.- С. 291-292.
- 4 Hulton S.A., Neuhaus T.J., Dillon M.J., Barrat T.M. Long-term cyclosporine A treatment of minimal change nephrotic syndrome of childhood //Pediatr. Nephrol. - 2006. - Vol. 8, № 4. - P. 401-403.
- 5 Корсакова Т.В. Роль мофетил микофенолата в арсенале современных иммуносупрессивных препаратов //Нефрология и диализ. - 2000. - № 3. - С. 171-175.
- 6 Strehlau J., Pape L., Enke B., Offner G., Ehrlich J.H.H. Иммуносупрессивная терапия нефротического синдрома у детей - что следует после стероидной терапии? //Лекции I международного нефрологического семинара «Актуальные вопросы нефрологии». - Алматы: 2006. - С. 32-39.

Б.А. АБЕУОВА¹, А.Е. НАУШАБАЕВА², Г.Н. ЧИНГАЕВА², А.А. НУРБЕКОВА²,
К.А. КАБУЛБАЕВ²

БАЛАЛАРДА СТЕРОИДҚАТӘУЕЛДІ НЕФРОТИКАЛЫҚ СИНДРОМНЫҢ ЕМІНДЕ СЕЛЕКТИВТІ
ИММУНОСУПРЕССОРЛАРДЫ ЖӘНЕ АЛКИЛИРЛЕУШІ АГЕНТТЕРДІ ҚОЛДАНУ

Түйін: Бұл зерттеуде стероидқатәуелді нефротикалық синдромның емінде циклоспорин А мен мофетила микофеналатты қолданудың тиімділігі көрсетілген. Циклоспоринмен емделген науқастарда ешқандай инфекциянды асқынулар анықталмаған, асқазан-ішек жолы жағынан және гематологиялық асқынулар 7,1% жағдайда кездескен. Мофетиламикофеналатпен емделген - 21,5% науқаста тек инфекциянды асқынулар дамыған. Циклофосфамидпен емдеумен салыстырғанда (35,1% қарсы 24,1%, $p < 0,05$) хлорамбуцилмен емдеу кезінде жиі бактериальды-вирусты инфекциялар анықталған. Саңырауқұлақтық инфекциялардың жиілігі циклофосфамидпен емдегенге қарағанда (7,8% және 4,5%, $p > 0,05$), хлорамбуцилды қолданғанда жоғары болған. Зәр жүйесінің инфекциясы циклофосфамидпен емдегенмен салыстырғанда (19,9% және 2,8%, $p < 0,001$) хлорамбуцилмен емдегенде 7 есе жиі кездескен.

Түйінді сөздер: циклоспорин А, мофетиламикофеналат, хлорамбуцил, циклофосфамид, стероидқатәуелді нефротикалық синдром

В.А. АБЕУОВА¹, А.Е. НАУШАБАЕВА², Г.Н. ЧИНГАЕВА², А.А. НУРБЕКОВА²,
К.А. КАБУЛБАЕВ²

SELECTIVE AND ALKYLATING IMMUNOSUPPRESSIVE DRUGS IN THERAPY OF
PEDIATRIC STEROID-DEPENDENT NEPHROTIC SYNDROM

Resume: In this study an efficacy of cyclosporine A and mycophenolate mofetile in treatment of steroid-dependent nephrotic syndrome was demonstrated. Patients treated with cyclosporine A didn't experience any infectious complications, and gastrointestinal and hematological complications observed only in 7.1%. Therapy with mycophenolate mofetile was accompanied by infectious complications only – in 21.5% patients. Therapy with chlorambucil induced bacterial and viral infections more frequently than therapy with cyclophosphamide (35.1% vs. 24.1%, $p < 0.05$). The frequency of fungal infections was more frequent when therapy with chlorambucil was administered, in comparison with cyclophosphamide (7.8% vs. 4.5%, $p > 0.05$). Urinary tract infections on therapy with chlorambucil were almost 7-fold more frequent than on therapy with cyclophosphamide (19.9% vs. 2.8%, $p < 0.001$).

Keywords: cyclosporine A, mycophenolate mofetile, chlorambucil, cyclophosphamide, steroid-dependent nephrotic syndrome

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ДЕТЬМИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Приведены данные по динамическому контролю за состоянием здоровья детей в амбулаторных условиях в Республике Казахстан. Представлены этапы диспансеризации, периодичность проведения скрининговых осмотров целевых групп детского населения, показатели эффективности динамического наблюдения.

Ключевые слова: дети, диспансеризация, амбулаторная служба в РК

Диспансеризация — это динамический контроль за уровнем развития и состоянием здоровья детей с проведением установленного объёма лабораторных исследований. Цель диспансеризации - раннее выявление отклонений в состоянии здоровья и назначение своевременных оздоровительных и корригирующих мероприятий, а также обеспечение условий, необходимых для оптимального развития ребенка. Диспансерное наблюдение за здоровыми детьми в детской поликлинике проводится начиная от 0 до 15 лет, т.е. еще в антенатальный период развития ребенка в виде дородовых патронажей к беременной женщине, затем после рождения в виде патронажей к новорожденному и далее в декретированные сроки. Этапами диспансеризации являются: 1. определение контингентов, 2. комплексная оценка состояния здоровья детей, 3. организация лечебно-оздоровительных мероприятий и наблюдение за детьми с выявленной патологией. Кратность дородовых патронажей, патронажей к новорожденным, врачебных осмотров и сестринских активностей определяются в соответствии с Приказом МЗ РК №729 от 17 сентября 2010 года № 729 «О мерах по совершенствованию профилактической помощи детям раннего возраста в Республики Казахстан» [1]. Периодичность текущего контроля целевых групп детского населения основана на проведении доврачебного и врачебного этапов профилактических осмотров в соответствии с Приказом МЗ РК № 145 от 16.03. 2011 г. «О внесении изменений в № 685 «Об утверждении Правил проведения

профилактических медицинских осмотров целевых групп населения» [2]. Рекомендуемые декретированные сроки скрининговых осмотров нами представлены в таблице 1. Здоровье – это естественное состояние организма, характеризующееся его уравновешенностью с окружающей средой и отсутствием каких-либо болезненных изменений. Критериями комплексной оценки состояния здоровья по Громбаху являются: 1) сбор биологического и генеалогического анамнеза; 2) оценка физического развития; 3) оценка нервно-психического развития; 4) резистентность и реактивность; 5) функциональное состояние органов и систем; 6) наличие врожденных пороков развития и хронических заболеваний [3]. Этапами комплексного профилактического осмотра детей и подростков являются: 1. доврачебный - анкетирование, проводимое медицин-ской сестрой; 2. педиатрический – осмотр педиатра (врачом, работающим в образовательном учреждении), 3. специализированный – осмотр врачами-специалистами, лабораторное и инструментальное обследование. Доврачебный этап проводится с помощью анкетного опроса, где выясняют жалобы ребёнка, уточняют анамнез и факторы риска формирования отклонений в здоровье ребёнка: нарушения режима дня, питания, низкую двигательную активность, чрезмерные дополнительные учебные нагрузки, употребление психоактивных веществ. Анкету заполняют родители дошкольников и младших школьников, подростки с 12 лет заполняют её самостоятельно. Затем

Таблица 1 - Периодичность скрининговых осмотров

Специалисты	возраст					Педиатр-психолог	Эндокринолог	Стоматолог	Уролог	Общий анализ крови	Общий анализ мочи	Кал на яйца гельминтов	Артериальное Давление	Кровь на сахар на са-хар	ЭКГ	Флюорография
	Педиатр	Хирург	ЛОР	Невролог	Окулист											
до 1 года с массой тела ме-нее 1500 г.при ро-ждении	+	+	+	+	+					+	+					
	еж	в 1,	в 3	в 1,	в 3					в	в					
	ем	3, 6	мес.	3, 6	мес					б	б					
	еся	мес		мес						м	мес					
	о									ес						
до 1 года с массой тела бо-лее 1500	+	+	+	+	+					+	+					
дети	еж	в	в 6	в 1	в 6					в	в					
	ем	1ме	мес	мес	мес					б	мес					
	еся	с								м						

г.при ждении	ро- чн о	ес									
1 год	+	+	+	+	+				+	+	+
2 года	+1		+						+		+
	раз в 3м ес										
3 года	+	+	+	+	+	+					+
4 года	+							+			+
5 лет	+										+
6 лет	+	+	+	+	+	+			+	+	+
7 лет	+										+
8 лет	+										+
9 лет	+										+
10 лет	+	+	+			+	+				+
11 лет	+										+
12 лет	+					+				+	+
13 лет	+										+
14 лет	+	+	+	+	+	+		+	+	+	+
15 лет	+	+	+	+	+			+			+
16 лет	+							+			+
17 лет	+	+	+	+	+	+		+			+

каждый врач проводит осмотр ребёнка в соответствии с требованиями действующих нормативных документов. Участковый врач-педиатр или врач общей практики, ответственный за профилактический осмотр после комплексной оценки состояния здоровья ребенка оформляют индивидуальное заключение о состоянии здоровья. Заключение включает: постановку диагноза; оценку физического и нервно-психического развития; определение группы здоровья, медицинской группы для занятий физкультурой; допуск к трудовому обучению; определение ограничений в дальнейшей профессиональной деятельности, возможных ограничений годности к военной службе; рекомендации по режиму дня, питанию, вакцинопрофилактике, направлению на дополнительное обследование и восстановительное лечение. Результаты профилактических осмотров юношей допризывного возраста в 14-17 лет передают в районные военкоматы и учитывают при медицинском освидетельствовании при первоначальной постановке на воинский учёт в год достижения 17-летнего возраста и определении годности к военной службе. В период обучения детей в средних и старших классах проводят врачебно-профессиональную консультацию учащихся и дают предварительные рекомендации по выбору профессии в соответствии с состоянием здоровья. Особое внимание надо обращать на детей с тяжёлыми хроническими заболеваниями и выраженными анатомическими дефектами в связи с ограничениями в выборе профессий и необходимости

готовить таких детей и их родителей к адекватному профессиональному выбору. Помимо них надо обращать внимание на учащихся, собирающихся покинуть школу и работать на производстве или продолжать учёбу в учреждениях профессионального образования. Дети могут быть отнесены к следующим группам здоровья: I группа – здоровые дети или дети с незначительными единичными морфологическими отклонениями, не влияющие на состояние здоровья и не требующими коррекции (аномалии ногтей, мало выраженная деформация ушной раковины, отдельные родимые пятна и др.); II группа (А и Б подгруппы) - дети, имеющие некоторые функциональные и морфологические отклонения: часто болеющие дети; III группа - больные хроническими заболеваниями в состоянии компенсации; IV группа - больные хроническими заболеваниями в состоянии субкомпенсации; V группа – дети, страдающие хроническими заболеваниями в состоянии декомпенсации и инвалиды с рождения. Группа здоровья определяется по самому тяжёлому отклонению или диагнозу. Качественными показателями эффективности диспансеризации являются: показатель непрерывности наблюдения; улучшения состояния; ухудшения состояния; эффективность проведенной диспансеризации. Таким образом, наибольшая эффективность при осуществлении рекомендуемых профилактических и оздоровительных мероприятий наблюдается при систематическом их проведении.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 17 сентября 2010 года № 729 О мерах по совершенствованию профилактической помощи детям раннего возраста в Республики Казахстан / ИС ПАРАГРАФ. - 18.10.2010. - 12:27:30.
- 2 Приказ МЗ РК № 145 от 16.03. 2011 г. «О внесении изменений в № 685 «Об утверждении Правил проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения» Сайт http://adilet.minjust.kz/rus/docs/V090005918_
- 3 Руководство по амбулаторно-поликлинической педиатрии / А.А.Баранов под ред. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006.- 608 с.

А.В. АЖКЕЕВА

АМБУЛАТОРИЯ ШАРТТАРЫНДАҒЫ БАЛАЛАРДЫ ДИСПАНСЕРЛІ БАҚЫЛАУ

Түйін: Денсаулық, денсаулық топтары, динамикалық бақылау секілді ұғымдарға әдеби мәліметтерлер келтірілген. Амбулатория шарттарында Қазақстан Республика өткізілетін диспансерлеу тиімділігінің көрсеткіштері, динамикалық бақылаудың кезеңдері, балалардың скрининг тексерулерін жүргізудің мерзімділігі сипатталған.

A.V. AZHKEEVA

DISPENSARY OBSERVATION OF CHILDREN IN AN AMBULATORY CONDITIONS

Resume: The literature data on the definitions of concepts such as health, health groups, dynamic control is provided. Stages of follow-up, the frequency of screening examinations of children, performance indicators, clinical examination carried out in an ambulatory conditions in the Republic of Kazakhstan are presented.

Е.В. БОРИСОВА

Городская детская поликлиника №7, г.Алматы

ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ У ДЕТЕЙ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Приведены литературные данные по определению понятия, этиологии, клинике, различным методам диагностики, лечению, динамическому контролю за детьми с железodefицитной анемией в условиях поликлиники. Указаны основные задачи диспансерного наблюдения.

Ключевые слова: дети, железodefицитная анемия, этиология, клиника, диагностика, диспансеризация, лечение, детские поликлиники.

Железodefицитная анемия (ЖДА) - это патологическое состояние, характеризующееся снижением содержания гемоглобина из-за дефицита железа в организме в результате нарушения его поступления, усвоения или патологических его потерь. По данным ВОЗ дефицит железа имеется у 30% населения планеты. ЖДА более подвержены дети в возрасте до 3-х лет, пубертатного возраста, женщины детородного возраста [1]. Железо – один из важнейших микроэлементов, входящий в организм. Различают гемовые и негемовые соединения железа. К гемовым соединениям железа относят: гемоглобин, миоглобин, каталаза, цитохром, пероксидаза. К негемовым соединениям железа относят: трансферрин, ферритин, гемосидерин, ксантинооксидаза, дегидрогеназа. Физиологические функции железа для организма зависят от формы в которой он находится. Гемоглобин, трансферрин выполняют функцию – транспорт кислорода; миоглобин – транспорт и депонирование кислорода в мышцах; каталаза – разложение перекиси водорода; цитохром – тканевое дыхание; пероксидаза, дегидрогеназа – окисление веществ с помощью H₂O₂. Ферритин и гемосидерин – в тканевом депонировании железа; ксантинооксидаза – в образовании мочевой кислоты.

Все этиологические факторы по времени возникновения делятся на 3 группы: антенатальные, интранатальные и постнатальные [2]. К антенатальным причинам относят: нарушения маточно-плацентарного кровообращения; фетоматеринские и фетоплацентарные кровотечения; синдром фетальной трансфузии при многоплодной беременности; внутриутробная мелена; недоношенность; многоплодие; глубокий и длительный дефицит железа в организме беременной женщины. К интранатальным причинам относят: фетоплацентарные трансфузии, преждевременная или поздняя перевязка пуповины, кровотечения вследствие применения травматичных акушерских пособий, аномалий развития плаценты и пуповины. К постнатальным причинам относят: недостаточное поступление железа с пищей; повышенные потребности в железе у детей с ускоренными темпами роста; повышенные потери железа из-за кровотечений различной этиологии, нарушения кишечного всасывания, длительные и обильные геморрагические маточные выделения у части девочек в период становления менструального цикла в пубертатном периоде; нарушения обмена железа в организме из-за гормональных изменений в пре- и пубертатный период, нарушения транспорта железа из-за недостаточной активности или снижения содержания трансферрина в организме. Развитие дефицита железа в организме имеет чёткую стадийность. Выделяют

следующие стадии: прелатентный дефицит железа; латентный дефицит железа; железodefицитная анемия [3]. Прелатентный дефицит железа характеризуется снижением запасов железа, уменьшением гемосидерина в макрофагах костного мозга, увеличением абсорбции радиоактивного железа из ЖКТ, отсутствием анемии и изменений сывороточного железа. Латентный дефицит железа характеризуется наряду с обеднением депо, снижением коэффициента насыщения трансферрина, повышением уровня протопорфиринов в эритроцитах. В зависимости от концентрации гемоглобина и количества эритроцитов в единице объёма крови выделяют три степени анемии. Анемия лёгкой степени тяжести диагностируется, когда содержание гемоглобина в пределах 110-90 г/л, количество эритроцитов снижено до $3,5-3,0 \times 10^{12}/л$. Анемия средней степени тяжести определяется при содержании гемоглобина в пределах 89-70 г/л, количество эритроцитов снижено до $3,0-2,5 \times 10^{12}/л$. Анемия тяжёлой степени выставляется, когда содержание гемоглобина 69 г/л и меньше, количество эритроцитов снижено до $2,5-2,0 \times 10^{12}/л$. Основными клиническими синдромами ЖДА являются: астено-невротический, эпителиальный, сердечно-сосудистый, мышечный, синдром вторичного иммунодефицита и т.д. К редким симптомам дефицита железа относят: увеличение печени и селезёнки, битурию, отёчность, у девушек дисменорея [4-7].

Диагностика ЖДА базируется на показателях клинического анализа крови. К ним относятся: количество эритроцитов, уровень гемоглобина, цветной показатель, среднее содержание гемоглобина в эритроците, средняя концентрация гемоглобина в эритроците, средний объём эритроцитов, морфология эритроцитов, количество ретикулоцитов. Нижней границей нормы количества эритроцитов у детей в возрасте до 5 лет является $4 \times 10^{12}/л$, у детей старше 5 лет – $4,5 \times 10^{12}/л$. Нижней границей нормального показателя уровня гемоглобина у детей до 5 лет является 110 г/л, у детей старше 5 лет – 120 г/л согласно рекомендациям ВОЗ. Цветной показатель отражает относительное содержание гемоглобина в эритроцитах. Нормальные значения цветного показателя находятся в пределах от 0,85 до 1,05. Среднее содержание гемоглобина в эритроците отражает абсолютное содержание гемоглобина в одном эритроците. В норме этот показатель находится в пределах от 24 до 33 пикограмм (пг). Средняя концентрация гемоглобина в эритроците отражает степень насыщения эритроцита гемоглобином. Нормативы располагаются в пределах от 30 до 38 %. Средний объём эритроцитов определяется по

номограмме. В норме допускаются значения этого показателя от 75 до 95 мкм³ [8].

Обмен железа в организме характеризуют показатели: транспортный фонд железа и показатели запасов железа. Транспортный фонд железа определяют на основании следующих показателей: сывороточное железо, общая железосвязывающая способность сыворотки, латентная железосвязывающая способность сыворотки, коэффициент насыщения трансферрина. Сывороточное железо – биохимический лабораторный показатель. Он указывает на количество негемового железа в сыворотке крови. У новорожденных он составляет 5,0 – 19,3 мкмоль/л; у детей в возрасте старше 1 месяца находится в пределах от 10,6 до 33,6 мкмоль/л. Общая железосвязывающая способность сыворотки (ОЖСС) – биохимический лабораторный показатель. Он указывает на количество железа, которое может связаться с имеющимся в плазме трансферрином. Нормальные значения ОЖСС находятся в пределах от 40,6 до 62,5 мкмоль/л. Латентная железосвязывающая способность сыворотки – производный показатель. Он косвенно отражает количество свободного трансферрина. Показывает математическую разницу между значениями ОЖСС и СЖ. В норме значения ЛЖСС не должны быть меньше 47 мкмоль/л. Коэффициент насыщения трансферрина – производный показатель. Он отражает удельный вес сывороточного железа от общей железосвязывающей способности сыворотки. В норме его значения не должны быть менее 17%. Показателями запасов железа в организме являются десфераловый тест и ферритин сыворотки. В норме средние уровни суточной экскреции железа с десфералом зависят от запасов железа в организме и от возраста. Так у доношенных новорожденных он составляет 0,164±0,019 мг/сут; у недоношенных новорожденных – 0,092±0,014 мг/сут; у детей до 4-х лет – 0,41±0,03 мг/сут; в возрасте 5-

6 лет – 0,57±0,09 мг/сут; 7-12 лет – 0,71±0,05 мг/сут; 12 лет и старше – 0,73±0,07 мг/сут. Ферритин сыворотки используется для характеристики состояния запасов железа в организме. Независимо от возраста критерием истощения тканевых запасов железа считается уровень сывороточного ферритина ниже 10-12 мкг/л. Общий анализ крови и определение сывороточного железа проводят в амбулаторных условиях, все остальные исследования проводят только в стационарных условиях [9-11].

В основе лечения анемий лежит коррекция дефицита железа с помощью железосодержащих препаратов [3, 6]: Актиферрин, Сорбифер Дурулес, Тардиферон, Тотема, Ферроплекс, Фенюльс и соединениями гидроксидполимальтозного комплекса трехвалентного железа: Мальтофер, Феррум Лек. Назначение инъекционных форм препаратов обосновано только у детей с постгеморрагическими анемиями [4]. Диспансерный учёт больных ЖДА детей длится в течение одного года. Диспансерное наблюдение больных ЖДА детей, получающих заместительное лечение проводится 1 раз в 2 недели на приёме в поликлинике. Помимо этого проводится клинический анализ крови. В первые 3 месяца ремиссии, когда они получают ферротерапию в поддерживающих дозах составляет 1 раз в месяц. С такой же частотой проводится гематологический контроль. Осмотр врачом и общий анализ крови в последующие месяцы ремиссии проводятся ежеквартально. Перед снятием с учёта необходимо повторить общий анализ крови, сывороточное железо, ферритин и железосвязывающей способности сыворотки крови [12].

Таким образом, основная задача диспансерного наблюдения – устранение анемии и нормализация запасов железа в организме.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Коровина Н.А., Заплатников А.Л., Захарова И.Н. Железодефицитные анемии у детей / Руководство для врачей – М., 2001. – 56 с.
- 2 Папаян А.В., Жукова Л.Ю. Анемии у детей / Руководство для врачей – СПб.: 2001.–384с.
- 3 Городецкий В.В., Годуляк О.В. Железодефицитные состояния и железодефицитная анемия: лечение и диагностика // Медпрактика - 2004. - №1 – 28 с.
- 4 Куликов А.М. Анемии у подростков // Terra medica nova. – 2009. - № 3.- С.20-23.
- 5 Баранов А.А. Под ред. Руководство по амбулаторно-поликлинической педиатрии. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 608с.
- 6 Самсыгина Г. А., Казюкова Т. В., Левина А.А. Дефицит железа у детей и подростков. Рос. гос. медицинский ун-т. - М.: 2006. — 32 с.
- 7 Джумагазиев А.А. Основы поликлинической педиатрии. - Р-н-Д. - 2006. – 420 с.
- 8 Ковригина Е. С., Карамян Н.А., Казанец Е.Г. Цинкпротопорфирин при скрининге дефицита железа у подростков // Гематология и трансфузиология. - 2007. - № 5. - С. 22–26.
- 9 Куликов А.М., Медведев В.П. Болезни системы крови // Подростковая медицина: Руководство. - 2-е изд. - СПб.: Питер, 2006. - С. 292–310.
- 10 Калмыкова А.С. Под ред. Поликлиническая педиатрия. - М.: 2008. - 624 с.
- 11 Шабалов Н.П. Детские болезни: учебник, 7-е изд. В двух томах. - СПб.: Питер, 2008. - Т.1. - 832с.
- 12 Рахимова К.В., Девятко В.Н. Организация диспансерного наблюдения за детьми в амбулаторных условиях. – Алматы: 2005. - 154с.

Е.В. БОРИСОВА

БАЛАЛАРДАҒЫ ТЕМІР ЖЕТІСПЕУ АНЕМИЯСЫ (ӘДЕБИЕТ ШОЛУЫ)

Түйін: Темір жетіспеу анемиясы бар балалардың емхана шарттарындағы ұғымның ұйғарымы, этиологиясы, емханалық суреті, диагностиканың түрлі әдістері, емдеу, динамикалық бақылау жөніндегі әдеби мағлұматтар келтірілген. Диспансер қадағалаудың негізгі мақсаттары көрсетілген.

Y.V. BORISOVA

IRON DEFICIENCY ANEMIA OF CHILDREN (REVIEW)

Resume: The literature data on the definition, etiology, clinical picture, different methods of diagnosis, treatment, dynamic control of children with iron deficiency anemia in a clinic conditions is provided. The basic tasks of clinical supervision are indicated.

А.Е. НАУШАБАЕВА¹, Б.А. АБЕУОВА², Г.Н. ЧИНГАЕВА¹, К.А. КАБУЛБАЕВ¹

¹Казахский национальный медицинский университет им.С.Д. Асфендиярова (Алматы),

²Карагандинский государственный медицинский университет, (Караганда)

РЕЗУЛЬТАТЫ ТЕРАПИИ ФОКАЛЬНОСЕКМЕНТАРНОГО ГЛОМЕРУЛОСКЛЕРОЗА У ДЕТЕЙ С НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Среди 53 детей с нефротическим синдромом с имеющимся заключением нефробиопсии, в большинстве случаев (у 46-86,8%) нефротический синдром был стероидрезистентным. Наиболее частой причиной нефротического синдрома среди наших пациентов был фокально-сегментарный гломерулосклероз (у 19 - 35,8%), при этом верхушечный и типичный вариант встречались одинаково часто. У пациентов с нефротическим синдромом с фокальносегментарным гломерулосклерозом высокую эффективность показала сочетанная иммуносупрессивная терапия преднизолоном, пульсами метилпреднизолона и циклоспорином А с достижением полной ремиссии у 88,9%. Наилучший ответ иммуносупрессивной терапии (интенсифицированная схема с включением циклоспорина А) отмечен при верхушечном варианте и типичном варианте, не ассоциированном с генетическими мутациями - у этих пациентов была достигнута полная ремиссия нефротического синдрома. Хороший ответ на интенсифицированную схему лечения с добавлением микофенолат мофетила в получен при коллабирующей гломерулопатии.

Ключевые слова: стероидрезистентный нефротический синдром, фокально-сегментарный гломерулосклероз, циклоспорин А.

Введение. Биопсия в Казахстане начала применяться у детей с 2004 года, что позволило больным нефротическим синдромом (НС) рекомендовать соответствующие протоколы терапии, добиться положительных результатов и оптимизировать прогноз. В данной работе нами указана частота некоторых морфологических форм при нефротическом синдроме у детей.

При стероид-чувствительном НС (СЧНС) биопсия почки не показана, так как в 80% случаев мы имеем дело с болезнью минимальных изменений (БМИО) [1]. При наличии же таких признаков, как гематурия, снижение функций почек, персистирующее НС или протеинурии после 6-недельного терапевтического курса глюкокортикостероидами (ГКС) устанавливается диагноз стероид-резистентного НС (СРНС), и тогда следует заподозрить другой, более неблагоприятный вариант гломерулярного заболевания и провести биопсию почки [2]. Ведущим симптомом фокальносегментарного гломерулосклероза (ФСГС) является протеинурия [3]. ФСГС является ведущей причиной НС у взрослых и основной причиной СРНС у детей и составляет до 15% всех случаев НС у детей, при этом отмечается рост частоты ФСГС по всему миру [4]. Экспериментальные исследования и исследования на людях показали, что подоциты могут повреждаться вследствие механического растяжения [3], воздействия вирусной инфекции, токсинов [5], иммунологических факторов, при митохондриопатиях [6,7], мутациях генов, кодирующих белки подоцитов [3]. К настоящему моменту установлены мутации в следующих генах, кодирующих белки подоцитов: NPHS1 (нефрин), NPHS2 (подоцин), ACT4 (α-актинин-4), PLCE1 (фосфолипаза С эпсилон), WT1, SMARCAL и др., клинически протекающие с врожденным или инфантильным СРНС [2]. С 1986 года при лечении НС используется ингибитор кальцинейрина – циклоспорин А [8,9]. В настоящее время продолжается изучение эффективности циклоспорина А (ЦСА) при лечении ФСГС. При этом рекомендуется длительное лечение в течение нескольких лет с постепенным снижением дозы. В недавнем исследовании установлено, что ингибиторы

ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ) предупреждают развитие коллабирующего варианта ФСГС в эксперименте [10]. В редких случаях, при наличии же стероид-чувствительности НС при ФСГС 100% пациентов отвечают на терапию ЦСА [11].

Материал и методы. Биопсия проводилась на базе Республиканской детской клинической больницы «Аксай» в период с 2004 по 2012 год. По нашим данным из 121 ребенка с гломерулярными заболеваниями с уточненным морфологическим диагнозом у 19 детей (15,7%) диагностирован фокально-сегментарный гломерулосклероз. Исследования включали обычный спектр исследований, проводимых в педиатрическом нефрологическом отделении. Морфологическое исследование почечного биоптата включало три необходимых исследования: световую, иммунофлуоресцентную (ИФ) и электронную микроскопию (ЭМ), которые проводились нефропатологами России – Сухановым А.В. (Москва), Воробьевой О.А. (Санкт-Петербург).

Результаты и обсуждение. У 19 детей со стероидрезистентным нефротическим синдромом по результатам нефробиопсии диагностирован фокальносегментарный гломерулосклероз. Мальчиков было 8, девочек – 11; возраст к моменту проведения биопсии почки 10,9 лет (1,4 – 17 лет). Средний срок от дебюта заболевания до биопсии почки составил в среднем 11,7±5,7 мес. (3-32 мес). Основными клиническими параметрами, характеризующими тяжесть течения и прогноз при ФСГС, являются протеинурия и скорость клубочковой фильтрации (СКФ). У наших пациентов протеинурия в дебюте составила в среднем: 7,8±3,5 г/с (1,4-16 г/с), СКФ – 79,7±22,6 мл/мин (31-110 мл/мин). НС у 11 (57,9%) детей протекал в сочетании с персистирующей микрогематурией (у 5 детей в дебюте макрогематурия), у 5 (26,3%) – с артериальной гипертензией. У остальных 7 (36,8%) детей отмечался НС в чистом виде. Варианты морфологических изменений при ФСГС у детей с нефротическим синдромом представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Морфологические изменения в клубочках и тубулоинтерстициальном аппарате при различных вариантах ФСГС у детей

ФСГС	Всего	
	abc	%
Типы ФСГС:		
- верхушечный	9	47,4±4,5
- типичный, из них:	9	47,4±4,5
- на фоне мутации гена NPHS2	2	10,5±2,0
- коллабирующий	1	5,3±2,0
Гломерулосклероз		
- тотальный	5	26,3±4,0
- сегментарный	19	100,0
Интерстициальный. фиброз / атрофия канальцев		
- диффузный	5	26,3±4,0
- фокальный	11	57,9±4,5
Иммунофлуоресценция / иммуногистохимия:		
- IgM + C3	17	89,4±2,8
- IgA + IgG + C3	1	5,3±2,0
- без свечения / окрашивания	1	5,3±2,0

Все дети получили полный курс индукционной и поддерживающей терапии дебюта преднизолоном. После постановки диагноза «фокально-сегментарный гломерулосклероз» всем детям была назначена тройная интенсифицированная терапия – Циклоспорин А в терапевтической дозе в течение 3-6 месяцев (с последующим постепенным длительным снижением дозы) с 3-6 внутривенными пульсами метилпреднизолона (МП) и пероральным преднизолоном в альтернирующем режиме в дозе 40 мг/м²/48ч и ниже. ЦсА назначался в дозе 150 мг/м²/с в течение 3-6 месяцев с последующим снижением по достижении ремиссии НС, с максимальной длительностью лечения 6 лет. Поддерживающая доза ЦсА регулировалась таким образом, чтобы поддерживать концентрацию ЦсА в сыворотке крови на уровне C₀ 80-120 нг/мл, C₂ 700-1200 нг/мл.

Для сравнения эффективности лечения мы использовали разницу основных показателей – протеинурии и скорости клубочковой фильтрации (СКФ) – до и после лечения. Снижение протеинурии отмечалось с 7,8±3,5 до 0,05±0,03. Лечение циклоспорином А при СРНС в составе интенсифицированной схемы достаточно эффективно.

На фоне лечения у пациентов с верхушечным вариантом протеинурия снизилась с 9,0±4,5 до 0,09±0,04 г/с (p<0,001), то есть у всех была достигнута полная ремиссия. У 7 пациентов с типичным вариантом без генетических мутаций протеинурия уменьшилась с 6,8±3,2 до 0,6±0,1 г/с. Достоверные различия отмечены между верхушечным и типичным с генетическими мутациями вариантами (p<0,01), а так же в группе типичного варианта между пациентами с генетическими мутациями и без них (p<0,05). В группе детей с типичным вариантом без генетических мутаций так же отмечено повышение СКФ с 92,9±15,4 до 98,2±16,1 мл/мин, тогда как при сочетании с мутациями генов подоцитов СКФ с 75,0±7,1 наоборот, снизилась до 53,5±12,3 мл/мин. При коллабирующем варианте отмечалось повышение СКФ с 42 до 70 мл/мин.

Заключение

Таким образом, в нашем исследовании наиболее частой причиной стероидрезистентного НС у детей был верхушечный и типичный вариант ФСГС, которые

встречались с одинаковой частотой. Пациентов с клеточным и перихилярным вариантами не было. Некоторые авторы подозревают, что редкость клеточного варианта, возможно, связана с отсутствием варианта как такового, потому что характерные для него морфологические изменения как могут встречаться при других вариантах ФСГС, например, при верхушечном [12]. Одни авторы описывают клеточный вариант как пролиферацию подоцитов, другие – как пролиферацию эндотелия и стаз лейкоцитов в просвете капилляра [12,13]. Отсутствие перихилярного же варианта у наших пациентов возможно связано с тем, что чаще он является вторичной формой ФСГС на фоне заболеваний, сопровождающихся уменьшением массы действующих нефронов, внутриклубочковой гипертензией, при ожирении, что у детей встречается реже, чем у взрослых. У наших пациентов с ФСГС и НС высокую эффективность показала сочетанная иммуносупрессивная терапия преднизолоном, пульсами метилпреднизолона и циклоспорином А с достижением полной ремиссии у 88,9%, что даже выше, чем данные недавнего исследования по эффективности данной терапии у детей со СРНС [2]. При лечении ЦсА важен мониторинг ввиду возможности развития ЦсА-токсичности. Факторы риска ЦсА-нефротоксичности – применение его более 3 лет, возраст ребенка младше 5 лет. Мы наблюдали 2 случая острой ЦсА-нефротоксичности в виде повышения калия и креатинина сыворотки крови на фоне высоких индукционных доз ЦсА. Эти явления быстро купировались после снижения дозы ЦсА. Следует отметить, что по литературным данным у детей ЦсА-нефротоксичность встречается крайне редко [14]. Тем не менее, у нас есть пациенты на лечении ЦсА с 2007 г., Наилучший ответ иммуносупрессивной терапии – интенсифицированной схемы с включением циклоспорина А – отмечен при верхушечном варианте и типичном варианте, не ассоциированном с генетическими мутациями, у этих пациентов была достигнута полная ремиссия нефротического синдрома. Хороший ответ на усиленную ММФ интенсифицированную схему лечения получен при коллабирующей гломерулопатии. Хуже всех на иммуносупрессивную терапию ответили пациенты с

типичным вариантом ФСГС, обусловленным мутациями генов подоцитов NPHS2 и WT1 – у них не достигнуто ремиссии нефротического синдрома, функции почек

ухудшились, в связи с чем иммуносупрессивная терапия отменена.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Reusz G, Szabo A, Fekete A. Nephrotic syndrome in childhood. *Orv Hetil.* – 2006. – 47. – P. 2251-2260.
- 2 Ehrich JHH, Geerlings C, Zivicnjak M et al. Steroid-resistant idiopathic childhood nephrosis: overdiagnosed and undertreated. *Nephrol Dial Transplant.* -2007. - 8. –P. 2183-2193.
- 3 Meyrier A. Mechanisms of disease: focal segmental glomerulosclerosis// *Nat Clin Pract Nephrol.* – 2005. - 1. – P. 44-45.
- 4 D’Agati V, Fogo A, Jennette J et al. Pathologic classification of focal segmental glomerulosclerosis: a working proposal. *Am J of Kidney Diseases.* -2004. – 43. – P. 368-382.
- 5 Pavenstadt H, Kriz W, Kretzler M. Cell biology of the glomerular podocyte. *Physiol Rev.* -2003. – 83. – P. 253-307.
- 6 Boerkerl CF, Hiroshi T, Joy J et al. Mutant chromatin remodeling protein SMARCA1 causes Schimke immuno-osseous dysplasia. *Nat Genet.* -2002. – 30. – P. 215-220.
- 7 Hall AM, Unwin RJ. The not so ‘mighty chondrion’: emergence of renal diseases due to mitochondrial dysfunction. *Nephron Physio.* -2007. – 105. – P. 1-10.
- 8 Cattran DC, Appel GB, Hebert LA et al. Cyclosporine in patients with steroid-resistant membranous nephropathy: A randomized trial. *Kidney Int.* -2001. – 59. – P. 1481-1490.
- 9 Frassinetti P, Fernandes C, Da Silva Jr et al. Treatment of steroid-resistant nephrotic syndrome with cyclosporine: study of 17 cases and a literature review. *J Nephrol.* -2005. – 8. – C. 711-20.
- 10 Smeets B, Steenbergen ML, Dijkman HB et al. Angiotensin converting enzyme inhibition prevents development of collapsing focal segmental glomerulosclerosis in Thy-1.1 transgenic mice. *Nephrol Dial Transplant.* -2006. – 21. – P. 3087-3097.
- 11 Shatat IF, Schoeneman M, Flynn JT et al. Association of steroid and cyclosporine resistance in focal segmental glomerulosclerosis. *Pediatr Nephrol.* - 2007. – 22. –P. 834-839.
- 12 Daskalakis N, Winn M. Focal and segmental glomerulosclerosis: varying biologic mechanisms underline a final histopathologic end point. *Semin Nephrol.* – 2006. – 26. – P. 89-94.
- 13 Stokes MB, Markowitz GS, D’Agati VD. Cellular focal segmental glomerulosclerosis: Clinical and pathologic features. *Kidney International.* – 2006. – 70. – P. 1783-1792.
- 14 Drube J, Geerlings C, Ehrich JH et al Fifteen-year remission of a steroid-resistant nephrotic syndrome sustained by cyclosporine A. *Pediatr Nephrol.* – 2007. -22.- P. 600-602.

А.Е. НАУШАБАЕВА¹, Б.А. АБЕУОВА², Г.Н. ЧИНГАЕВА¹, К.А. КАБУЛБАЕВ¹

**БАЛАЛАРДА ФОКАЛЬДЫ СЕГМЕНТАРЛЫ ГЛОМЕРУЛОСКЛЕРОЗБЕН НЕФРОТИКАЛЫҚ
СИНДРОМДЫ ЕМДЕУ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ**

Түйін: Нефробиопсия жасалған нефротикалық синдромы бар 53 баланың ішінде көп жағдайда (46-86,8%) стероидрезистентті нефротикалық синдром кездескен. Біздің науқастарда нефротикалық синдромның себебі жиі фокальды-сегментарлы гломерулосклероз (19 - 35,8%) болды, оның ішінде типтік және төбелік түрлері бірдей жиілікпен кездесті. Фокальды-сегментарлы гломерулосклерозбен нефротикалық синдромы бар науқастарда преднизолон, метилпреднизолон пульстарымен және Циклоспорин А қолданып қосарланған иммуносупрессивті ем жүргізу 88,9% науқаста толық ремиссияға қол жеткізумен жоғары эффективтілігін көрсетті. Иммуносупрессивті емге (Циклоспорин А қосу арқылы интенсификацияланған ем) ең жақсы жауап генетикалық мутацияларға қатысы жоқ типтік және төбелік түрлерінде анықталған – бұл науқастарда нефротикалық синдромның толық ремиссиясына қол жеткізу мүмкін болды. Коллабирлеуші гломерулопатия кезінде интенсификацияланған емдеу сызбасын мопетилмикофенолатпен күшейту арқылы жақсы жауапқа қол жеткізуге болады.

Түйінді сөздер: стероидрезистентті нефротикалық синдром, фокальды-сегментарлы гломерулосклероз, циклоспорин А.

A.E. NAUSHABAYEVA¹, B.A. ABEUOVA², G.N. CHINGAYEVA¹, K.A. KABULBAYEV¹

**PECULIARITIES OF TREATMENT OF THE NEPHROTIC SYNDROME WITH FOCAL SEGMENTAL
GLOMERULOSCLEROSIS IN CHILDREN**

Resume: Among 53 nephrotic pediatric patients with biopsy confirmed pathohistological pattern in the majority of cases (in 46 - 86.8%) nephrotic syndrome was steroid-resistant. The focal segmental glomerulosclerosis was the major underlying pathohistological pattern of the nephrotic syndrome among our patients (in 19 - 35,8%), thereby tip lesion and not-otherwise specified variants were similar in frequency. Prognostically unfavorable total glomerulosclerosis and diffuse interstitial fibrosis occurred mainly in patients with infantile nephrotic syndrome with focal segmental glomerulosclerosis. In pediatric patients with nephrotic syndrome and focal segmental glomerulosclerosis a combined immunosuppressive therapy with prednisolone, methylprednisolone pulses, and cyclosporine A was effective with complete remission achievement in 88.9%. Best response to immunosuppressive therapy (intensified regimen including cyclosporine A) was noted for tip-lesion and not-otherwise specified variants, not associated with genetic mutations in these patients a complete remission of the nephrotic syndrome was achieved. Good effect of intensified therapeutic regimen including mofetil mycophenolate was achieved in collapsing glomerulopathy.

Keywords: steroid-resistant nephrotic syndrome, focal segmental glomerulosclerosis, cyclosporine A.

УДК 616-053

С.М.¹ КЕНЕНБАЕВА, Д.Т.¹ НАРЫМБАЕВА, Е.В.¹ ТИКУНОВА, Ж.Б.¹ ОСПАНОВА,
Г.М.² АБДУЛЛАЕВА, А.Т.² КАРИМХАНОВА¹

Отделение новорожденных ГККП «Городской родильный дом №5» г. Алматы,

² Курс педиатрии и неонатологии Института постдипломного образования КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ КРИТИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ В НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ, РОДИВШИХСЯ В ГККП «ГОРОДСКОЙ РОДИЛЬНЫЙ ДОМ №5» Г. АЛМАТЫ

В данной статье представлен данные катанеза 320 детей города Алматы и Алматинской области, лечившихся в 2008-2012 годы в палате интенсивной терапии (ПИТ) отделении новорожденных ГККП «Городской родильный дом №5» г. Алматы. Проведен анализ физического и нервно-психического развития, резистентности к острым заболеваниям, причин и структуры летальности и инвалидности детей.

Актуальность. Происходящие изменения в неонатологии, внедрение клинических протоколов, широкое использование алгоритма реанимации, применение различных методов и режимов ИВЛ, изменение подходов к оказанию медицинской помощи новорожденным и способствуя снижению их летальности, не может не оказывать своего влияния на состояние здоровья детей в последующие периоды жизни [1, 2]. У данного контингента детей в процессе постнатального развития обнаруживаются различные соматические и психоневрологические расстройства [3, 4, 5]. Последние двадцать лет демографическая ситуация в Казахстане характеризуется увеличением рождаемости, что приводит к позитивному показателю прироста населения. Вместе с тем данное положение требует от неонатологов повышенного внимания к проблемам выхаживания новорожденных. Установлено, что на каждую тысячу обследованных детей только 11 являются практически здоровыми [6, 7]. В среднем на одного ребенка приходится 2,5 заболевания. Младенческая смертность остается довольно высокой, достигая 13–14%, а основной удельный вес среди умерших детей составляют новорожденные дети с перинатальной патологией [8, 9].

Целью настоящего исследования, является изучение состояния здоровья детей, которым в периоде новорожденности потребовалось применение интенсивной терапии и/или проведение реанимационных мероприятий.

Материалы и методы. Изучали катанез 320 детей города Алматы и Алматинской области, лечившихся в 2008-2012 годы в отделении новорожденных в палате интенсивной терапии (ПИТ) ГККП «Городской родильный дом №5». Исследование проводили с помощью специально разработанной анкеты, включающей характеристики социального, биологического, медицинского анамнеза детей. В ходе работы проанализированы особенности течения беременности и родов изучаемой группы детей; уровни заболеваемости, инвалидности и летальности; физическое и нервно-психическое развитие (НПР), резистентность детей к острым заболеваниям в различные периоды жизни. Данные анкет обрабатывали статистически с использованием метода прямой стандартизации, оценки достоверности статистических показателей по критерию Стьюдента.

Результаты и их обсуждение. Возрастное распределение изучаемой группы детей характеризовалось высоким удельным весом группы детей первого года жизни (63%)

и более низким 2-го и 3-го годов жизни (25% и 12% соответственно). Подавляющее большинство детей били из социально благополучных семей (68,7%). Обращает внимание доля детей из семей, отнесенных к категории асоциальных, которая была довольно весомой (31,3%). Биологический анамнез исследуемой группы детей имел следующие характеристики: преобладали дети, родившиеся от I беременности (44,6%); однако примерно каждый 7-й ребенок родился от VI и далее по счету беременности; 59,6% детей родились от I родов, но в 27% случаев имел место отягощенный акушерский анамнез у матери. Осложненное течение беременности имело место почти у 85% матерей, в том числе угроза прерывания беременности в 22,4% случаев. У 51% матерей были осложнения в родах. Высокий уровень неблагоприятного течения беременности и родов обусловил высокую частоту оперативных вмешательств в родах – 22,2%. Недоношенные дети в изучаемой группе составили 58,5%.

Таим образом, данные социального и биологического анамнеза свидетельствуют о существенной доле факторов риска развития неблагоприятных исходов у исследуемой группы детей. Летальность в исследуемой группе детей составила 6,2% (умерло 20 детей). Подавляющее большинство (14 детей) погибли в постнеонатальном периоде, 4 – в возрасте старше года, и двое в неонатальном периоде. В структуре причин смерти преобладали врожденные пороки развития (в основном нервной системы), болезни органов дыхания, болезни нервной системы.

Находились на искусственной вентиляции легких (ИВЛ) в период новорожденности 55% детей изучаемой группы, при этом осложнения ИВЛ имели место в 75% случаев, в виде поствентиляционных трахеобронхитов (88,7%). Почти каждому пятому ребенку, перенесшему в периоде новорожденности критическое состояние и получавшему интенсивную терапию и реанимацию, была впоследствии установлена инвалидность, уровень которой составил 19,8%. Существенных различий в уровне инвалидности среди детей с различным социальным анамнезом не выявлено. Достоверно значимые различия в уровнях инвалидности выявлены в группах детей, отличающихся по признаку доношенности. Среди недоношенных детей уровень инвалидности был достаточно выше (30,7%), чем у доношенных детей (11,3%). Кроме того, достоверно значимые различия в уровнях инвалидности выявлены среди детей, отличающихся способом лечения в периоде новорожденности. Уровень инвалидности среди детей,

находившихся на ИВЛ, был достоверно выше (27,3%), чем у детей, лечившихся без ИВЛ (15,1%). Стандартизация показателей инвалидности детей, лечившихся с ИВЛ и без нее, по признаку доношенности показала, что не сам факт недоношенности определяет инвалидизацию детей. Таким фактором, является тяжесть состояний новорожденного, определяемая наложением других патологических процессов (тяжелая

асфиксия в родах, массивные внутрижелудочковые кровоизлияния, перивентрикулярные лейкомаляции и др.), частота которых была достоверно выше в группе лечившихся в периоде новорожденности с применением ИВЛ. Уровни и структура причин инвалидности у детей, перенесших критические состояния в периоде новорожденности, представлены в таблице 1.

Таблица 1 - Уровни и структура причин инвалидности у детей, перенесших критические состояния в периоде новорожденности

Причина инвалидности	Все дети		Дети, находившиеся на ИВЛ		Дети, лечившиеся без ИВЛ	
	уровень инвалидности, %	структура инвалидности, % к итогу	уровень инвалидности, %	структура инвалидности, % к итогу	уровень инвалидности, %	структура инвалидности, % к итогу
Болезни нервной системы	14,9	68,5	20,3*	74,3	8,4	55,9
Врожденные пороки развития	2,6	12,0	2,6	9,5	2,7	17,6
Патология органов зрения	2,6	12,0	3,0	0,8	2,2	14,7
Патология органов слуха	0,4	1,9	0,4	1,3	0,4	2,9
Прочие	1,3	5,6	1,0	4,1	1,4	8,9
Итого	21,8	100	27,3*	100	15,1	100

Примечание. * $p < 0,05$ при сравнении показателей у детей, леченых с применением и без ИВЛ

В структуре причин инвалидности, изучаемой группы детей (табл. 1) преобладает болезни нервной системы, врожденные пороки развития, болезни глаз. Но только по классу болезней нервной системы выявлены достоверно значимые различия в уровнях инвалидности детей, находившихся на ИВЛ и лечившихся без нее (соответственно 20,3% и 8,4%; $p < 0,05$). Анализ динамики уровней инвалидности показал достоверное снижение ее частоты, среди детей изучаемой группы – с 28,2% до 13,2% в 2012 году ($p < 0,01$).

Оценка физического развития детей, перенесших критические состояния в периоде новорожденности, показала, что в группах, отличающихся по признаку

доношенности, при рождении нет существенных различий в частоте отставания в физическом развитии по годам (с одного до трех лет). Однако, во все возрастные периоды, до 2-х лет включительно, у недоношенных детей имеет место достоверно. Более высокая частота отставания в физическом развитии в сравнении с доношенными при рождении детьми. В три года, разница в частоте отставания в физическом развитии доношенных и недоношенных детей становится статистически незначимой. НПР детей в изучаемых группах существенно различается среди детей, не имеющих инвалидности и детей, признанных инвалидами (таблица 2).

Таблица 2 - Распределение детей, не имеющих инвалидность, по группам НПР

Периоды жизни	Частота различных групп здоровья по уровню НПР, %				
	I	II	III	IV	V
1-й год	58,5	26,8	9,4	3,5	1,8
2-й год	64,8	14,3	12,1	4,9	3,8
3-й год	73,8	15,5	4,8	4,8	1,2

Необходимо отметить, что подавляющее большинство детей, не имеющих инвалидности, во все возрастные периоды имеет НПР, соответствующее возрасту. Кроме того, частота 1-й группы НПР, достоверно значимо увеличивается с 1 года до 3-х лет (в 1 год – 58,8%, в 3 года – 82%; $p < 0,05$). Несмотря на то, что значительная часть детей-инвалидов имеют выраженную задержку НПР, около 10% на первом году жизни и 20% на 3-м году не отстают в НПР. Среди всей изучаемой группы детей прослеживается достоверно значимое снижение уровня распространенности длительно и часто болеющих (ДЧБ) детей (соответственно на 1-м году – 22,5%, в 3 года –

13,2%; $p < 0,05$) и существенное увеличение частоты высокой резистентности к острым заболеваниям (соответственно на 1-м году – 16,7%, в 3 года – 31,6%; $p < 0,05$).

Оценивая такой интегральный показатель, как группа здоровья детей, обращает на себя внимание статистически значимое увеличение частоты I группы здоровья среди детей, не ставших инвалидами. Большинство из них (40,9%) на 3-м году жизни имеют развитие, соответствующее возрасту. Состояние здоровья детей, имеющих инвалидность, обусловлено хроническими заболеваниями различной степени

компенсации, поэтому практически все дети-инвалиды, имеют III группу здоровья и нуждаются в постоянном систематическом диспансерном наблюдении и дальнейшей реабилитации.

Закключение. Полученные данные свидетельствуют о положительной динамике физического и НПР, по мере увеличения возраста детей, перенесших критические состояния периода новорожденности. Однако, после выписки из стационара, каждый пятый ребенок из

детского стационара, стал инвалидом, а каждый двадцатый умер. Динамика физического и НПР у данного контингента детей свидетельствует о необходимости длительного (не менее 5-ти лет) наблюдения за состоянием их здоровья. Вместе с тем требуется целенаправленная работа по разработке и повсеместному внедрению реабилитационных мероприятий этим детям.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Breno Fauth de Araújo, Zatti H., Madi J.M., Coelho M.B., Olmi F.B., Canabarro C.T. Analysis of neonatal morbidity and mortality in late-preterm newborn infants. // J Pediatr (Rio J). – 2012. - Vol. 88. - № 3. - P. 259-66.
- 2 Dong Y, Yu JL. An overview of morbidity, mortality and long-term outcome of late preterm birth. // World J Pediatr. – 2011. - № 7. - P. 199-204.
- 3 James D.K., ed. High Risk Pregnancy : Management Options (Hardcover). : Elsevier Inc., 2006. – Vol. 9. - № 8. – P. 590- 591.
- 4 Kalyoncu Öz., Aygün C., Çetinoğlu Er. Neonatal morbidity and mortality of late-preterm babies // Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine, -2010. – Vol. 23. - № 7. – P. 607–612.
- 5 Аронскинд Е.В., Уфимцева Л.А., Курова Э.Г. и др. Состояние здоровья детей, перенесших критическое состояния в периоде новорожденности // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. - М.: 2004.- №1. – С. 39-42.
- 6 Чувакова Т.К. Ситуация по перинатальному уходу в Казахстане //Материалы VI съезда детских врачей Казахстана. – Алматы: 2006. – С. 257-258.
- 7 Божбанбаева Н.С., Абдуллаева Г.М., Байгазиева Г.Ж. и др. Перинатальные факторы риска фетоинфантильных потерь // Педиатрия и детская хирургия Казахстана. - Алматы: 2012. - №3. - Спецвыпуск. – 39 с.
- 8 www.medinfo.kz. Официальный сайт компании «Мединформ» (правопреемник Республиканского информационно-вычислительного центра (РИВЦ) Минздрава РК).
- 9 Каюпова Н.А. Медицинские проблемы демографии //Акушерство, гинекология и перинатология. – 2007. – № 1. – С. 5-10.

**С.М.¹ КЕНЕНБАЕВА, Д.Т.¹ НАРЫМБАЕВА, Е.В.¹ ТИКУНОВА, Ж.Б.¹ ОСПАНОВА,
Г.М.² АБДУЛЛАЕВА, А.Т.² КАРИМХАНОВА¹**

АЛМАТЫ ҚАЛАЛЫҚ №5 ПЕРЗЕНТХАНАДА КҮРДЕЛІ ЖАҒДАЙДА ТУЫЛҒАН НӘРЕСТЕЛЕРДІҢ ДАМУЫНДА НЕОНАТАЛЬДЫ
КЕЗЕҢНІҢ КЛИНИКАЛЫҚ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Түйін: Алматы қалалық №5 перзентханада және Алматы облысында 2008-2012 жылдар арасында жедел жәрдем бөлімінде емделген 320 баланың катамнезі зерттелген. Балалардың физикалық және нерв-психикалық дамуына, жедел ауруларға төзімділігі, өлімге және мүгедектікке әкелу себептеріне және құрылымына талдауы жасалған.

**S.M.¹ KENENBAYEVA, D.T.¹ NARIMBAYEVA, E.V.¹ TIKUNOVA, ZH.B.¹ OSPANOVA,
G.M.² ABDULLAYEVA, A.T.² KARIMHANOVA**

CLINICAL PECULIARITIES OF CHILDREN AFTER THE CRITICAL STATE IN NEONATAL PERIOD WERE BORN IN SGCE «CITY MATERNITY
HOSPITAL № 5» ALMATY

Resume: This article for results of follow up of 320 children treated in neonatal intensive care unit of Almaty «City Maternity Hospital № 5» in 2008-2012 years. They analyzed physical and mental development of patients, their resistance to intercurrent diseases, causes and structure of children mortality and invalidity.

УДК 616-053.31; 616-053; 612.65

С.М.¹ КЕНЕНБАЕВА, Д.Т.¹ НАРЫМБАЕВА, Е.В.¹ ТИКУНОВА, Ж.Б.¹ ОСПАНОВА,
Г.М.² АБДУЛЛАЕВА, А.Т.² КАРИМХАНОВА

¹ Отделение новорожденных ГККП «Городской родильный дом №5» г. Алматы,

² Курс педиатрии и неонатологии Института постдипломного образования КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова

ПРИМЕНЕНИЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ В ГККП «ГОРОДСКОЙ РОДИЛЬНЫЙ ДОМ №5» Г. АЛМАТЫ

В данной статье приведен ретроспективный анализ медицинских карт 70 пациентов неонатального отделения: оценки физического развития, первичной реанимации, длительности механической вентиляции и продолжительности пребывания в стационаре новорожденных с врожденными инфекциями и реализации внутриутробной инфекции (ВУИ) неуточненной этиологии. В структуре врожденных инфекций преобладали стафилококки и цитомегаловирус, реже моноинфекции, вызванные хламидиями, вирусом простого герпеса и краснухи. В качестве начальной терапии использовались полусинтетические пенициллины и цефалоспорины I и II поколений. Для пациентов с уточненной этиологией применяли цефалоспорины III поколения в сочетании с аминогликозидами, карбапенемами и реже назначают цефалоспорины IV поколения. Высокая частота использования у детей с ВУИ неуточненной этиологии цефалоспоринов и карбапенемов IV поколения, а также рациональное использование комбинации антибиотиков привело к благоприятному исходу заболевания у всех детей этой группы.

Актуальность. Несмотря на значительные успехи, достигнутые в последнее десятилетие в диагностике и лечении перинатальных инфекций, заболеваемость перинатальными инфекциями неуклонно растет [1, 2]. Возрастание значимости внутриутробных инфекций в перинатологии связано как с появлением информативных методов диагностики и расширением спектра изучаемых возбудителей, так и с увеличением частоты этой патологии, обусловленной возрастанием инфицированности женщин репродуктивного возраста. Латентное течение и отдаленные последствия перинатальных инфекций являются частой причиной отклонений в состоянии здоровья у детей как раннего возраста, так и более старших возрастных групп. Большое разнообразие возбудителей инфекционно-воспалительных заболеваний обуславливает необходимость наличия значительного количества antimicrobных средств [3]. От чувствительности микроорганизмов к препарату зависит эффективность антибактериальной терапии и в значительной степени возможность образования резистентных штаммов, что создает значительные трудности на пути ликвидации инфекционного процесса. Показанием для назначения антибактериальной терапии у новорожденных является наличие у ребенка инфекционно-воспалительного процесса, включая и локализованные формы инфекций [4, 5]. В связи с ростом резистентности возбудителей встает проблема оптимизации выбора антибактериальных препаратов для профилактики и лечения инфекций у новорожденных. Среди механизмов приобретенной резистентности наиболее важным является продукция некоторыми микроорганизмами ферментов бета-лактамаз, которые инактивируют пенициллины, цефалоспорины, а в некоторых случаях и карбапенемы. Инфекции, вызванные резистентными штаммами, отмечают длительное течение, увеличивают время пребывания в стационаре, стоимость лечения и ухудшают прогноз. Все это свидетельствует о необходимости внедрения современных методов профилактики и лечения внутриутробных инфекций в практическое здравоохранение [6, 7].

Цель исследования: провести анализ эффективности антибактериальной терапии перинатальных инфекций у новорожденных.

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ медицинских карт «История развития новорожденного» (форма № 097/у) у 70 новорожденных детей, находившихся на лечении в неонатальном отделении ГККП «Городской родильный дом №5» г. Алматы в период с 2010 по 2012 годы включительно. Проанализирована эффективность антибактериальной терапии на основании экспертной оценки историй новорожденных. В зависимости от клинического диагноза были выделены 2 группы детей: 1-я группа – дети с уточненной этиологией заболевания, которую составили 36 новорожденных (n = 36); 2-я группа – дети с врожденной инфекцией без детального уточнения (ВУИ БДУ) (n = 34). Клинический анализ включал оценку физического развития новорожденного, гестационный возраст (ГВ), оценку по шкале Апгар, длительность ИВЛ и продолжительность пребывания в стационаре. Эпидемиологический анализ включал бактериологический контроль и серологические исследования. Бактериологическое исследование включало посев крови на стерильность, отделяемого из интубационной трубки и четырех локусов: наружного слухового прохода, зева, носа и околоушной области. Серологические исследования проводились методом ИФА с определением специфических иммуноглобулинов класса IgM и IgG к вирусу краснухи, токсоплазмы, хламидий, цитомегаловируса (ЦМВ) и вирусу простого герпеса (ВПГ). С целью идентификации возбудителя проводилось исследование биологических жидкостей: кровь, ликвор методом ПЦР с целью выявления ДНК ВПГ и ЦМВ. Все бактериологические исследования, ИФА и ПЦР проводились в лаборатории Медицинского центра «Авицена». Антропометрические показатели, гестационный возраст и оценка по шкале Апгар у обследованных новорожденных представлены в таблице 1.

Таблица 1 - Антропометрические показатели, гестационный возраст и оценка по шкале Апгар у обследованных групп детей, (M ± m)

Показатель	Группа 1 (n = 36)	Группа 2 (n = 34)	p
Гестационный возраст, недели	36,2 ± 0,70	32,2 ± 0,90	< 0,001
Масса, г	2638,6 ± 169,17	1989,7 ± 183,32	< 0,05
Рост, см	47,3 ± 1,14	42,3 ± 1,38	< 0,02
Окружность головы, см	32,2 ± 0,64	30,3 ± 0,71	> 0,05
Окружность груди, см	30,4 ± 0,73	28,3 ± 0,75	> 0,05
Апгар на 1 минуте	6,2 ± 0,46	4,3 ± 0,45	< 0,01
Апгар на 5 минуте	8,0 ± 0,19	7,8 ± 0,12	> 0,05
Длительность ИВЛ, сут.	17,8 ± 4,28	8,0 ± 1,57	< 0,05
Количество к/д в ОИТР	23,8 ± 5,36	22,1 ± 2,90	> 0,05
Количество к/д в стационаре	31,6 ± 3,10	48,2 ± 4,92	< 0,01

Средние значения массы тела у младенцев 1 группы составили 2638,6 ± 169,17 г, длины тела – 47,3 ± 1,14 см, окружности головы – 32,2 ± 0,64 см, окружности груди – 30,4 ± 0,73 см. Гестационный возраст младенцев 1 группы составил 36,2 ± 0,70 недель. Большинство младенцев 1 группы 20 (55,5%) были доношенными, недоношенных детей было 16 (44,4%), из них каждый третий – с экстремально низкой массой тела (31,2%). Оценка по шкале Апгар на 1-й минуте жизни составила 6,19 ± 0,46 балла. В тяжелой асфиксии (1–3 балла) родились 8 детей (22,2%) и 6 (16,7%) – в умеренной (4–6 баллов). На 5-й минуте жизни на ИВЛ находился каждый четвертый ребенок (22,2%). Средняя длительность пребывания на ИВЛ среди младенцев 1-й группы составила 17,8 ± 4,28 суток, а продолжительность пребывания в отделении реанимации – 23,8 ± 5,36 суток. Среди младенцев 2-й группы большинство родились недоношенными (73,5%), из них каждый третий – с экстремально низкой массой тела (28%). Средняя масса тела при рождении у младенцев 2-й группы составила 1989,7 ± 183,32 г, длина тела – 42,3 ± 1,38 см, окружность головы – 30,3 ± 0,71 см, окружность груди – 28,3 ± 0,75 см. Оценка по шкале Апгар на 1-й минуте жизни составила 4,3 ± 0,45 балла. В тяжелой асфиксии родились 15 детей (44,1%), в умеренной асфиксии – 9 (26,5%). На 5-й минуте жизни на ИВЛ находилось большинство новорожденных (58,8%). Длительность пребывания на ИВЛ составила в среднем 8,0 ± 1,57 суток, а продолжительность пребывания в отделении реанимации – 22,1 ± 2,90 суток.

Результаты и обсуждение. Сравнительный анализ обследованных групп детей показал, что во вторую группу вошли дети с меньшим сроком гестации, чем в первой (p < 0,001). У детей 2-й группы отмечены более

низкие показатели массы и длины тела при рождении, чем у детей 1-й группы (p < 0,05 и p < 0,02) и более низкая оценка по шкале Апгар на первой минуте (p < 0,01). Длительность пребывания в стационаре у детей 2-й группы была значительно больше, чем в 1-й группе (p < 0,01). В то же время длительность ИВЛ у детей 1-й группы значительно превышала длительность во 2-й группе (p < 0,05), что, очевидно, было связано с тяжелой патологией у новорожденных этой группы. В структуре врожденных инфекций у детей 1-й группы первое место занимала ВУИ стафилококковой этиологии – 11 (30,5%), из них в одном случае в сочетании с клебсиеллезной инфекцией. На втором месте ВУИ цитомегаловирусной этиологии (ВУИ CMV) – 9 (25%). Третье место занимал врожденный сепсис в форме септикопиемии – 8 (22,2%). Четвертое место разделили ВУИ стрептококковой этиологии, ВУИ хламидийной и ВУИ краснухой – по 2 случая (16,6%). По одному случаю имел место врожденный токсоплазмоз и ВУИ герпетической этиологии – 5,5%. Учитывая клинический диагноз и проводимые лечебно-диагностические мероприятия, все новорожденных получали массивную антибактериальную терапию в течение всего времени пребывания в ГККП «Городской родильный дом №5». Анализ антимикробной терапии показал, что из всех антибактериальных препаратов в 1-й группе наиболее часто использовались цефалоспорины в комбинации с аминогликозидами. В качестве стартовой терапии использовались полусинтетические пенициллины и цефалоспорины I поколения (16,7% и 63,9% соответственно). Частота использования антибактериальных препаратов у младенцев обследованных групп детей представлена в таблице 2.

Таблица 2 – Частота применения антибактериальных препаратов различных фармакологических групп у младенцев с установленной этиологией заболевания и у новорожденных с ВУИ БДУ

Антибактериальные препараты	1-я группа (n = 36)		2-я группа (n = 34)	
	ЧИ, абс.ч., (%)	СПК, сутки	ЧИ, абс.ч., (%)	СПК, сутки
Полусинтетические пенициллины (амоксциллин/клавуланат)	6 (16,7)	6,8	18 (52,9)	7,3
Цефалоспорины I поколения (цефазолин)	23 (63,9)	6,3	12 (35,3)	7,2
Цефалоспорины II поколения (цефуроксим)	3 (8,3)	6,3	10 (29,4)	8,4
Цефалоспорины III поколения (цефотаксим, цефтриаксон, цефтазидим)	20 (55,5)	8,2	15 (44,1)	11,5
Цефалоспорины IV поколения (цефепим)	4 (11,1)	10	7 (20,6)	11,0
Аминогликозиды II поколения (гентамицин, нетромицин, тобромицин)	2 (5,5)	5,5	4 (11,8)	7,7

Аминогликозиды III поколения (амикацин)	23 (63,9)	6,8	26 (76,5)	7,8
Фторхинолоны (офлоксацин)	7 (19,4)	8,4	3 (8,8)	9,3
Карбапенемы (имипенем)	11 (30,5)	13,1	11 (32,3)	10,6
Гликопептиды (ванкомицин)	10 (27,7)	7,4	7 (20,5)	9,3
Макролиды (эритромицин)	8 (22,0)	7,5	11 (32,3)	6,2
Нитроимидазолы (метронидазол)	14 (38,9)	6,4	13 (38,2)	6,0
Линкозамиды (клиндамицин)	-	-	3 (8,8)	7,3
Примечание. ЧИ – частота использования, СПК – средняя продолжительность курса				

В то же время в лечении наиболее часто использовались цефалоспориновые антибиотики III и IV поколения (66,6%), при этом лидирующие позиции занимали цефотаксим и цефтазидим (55,5%). На втором месте по частоте назначений отмечены аминогликозиды (69,4%), в основном представленные препаратами III поколения (63,9%), а аминогликозиды II поколения использовались в единичных случаях (5,5%). Следующими по частоте назначения отмечены карбапенемы (30,5%) и гликопептиды (27,7%), в меньшем числе случаев – макролиды (22,0%) и фторхинолоны (19,4%). Следует также отметить, что у каждого 3-го ребенка в лечении использовались нитроимидазолы – (38,9%). В 6 (16,7%) случаях использовались противовирусные препараты: ганцикловир, ацикловир. Эмпирическая терапия при сепсисе в 7 случаях (87,5%) была проведена цефалоспоринами I поколения в сочетании с аминогликозидами III поколения и в одном случае – аминогликозидами в комбинации с метронидазолом. Новорожденные с сепсисом получили также по одному курсу имипенема и офлоксацина продолжительностью соответственно 12 и 8 суток. Кроме того, новорожденные с сепсисом получили курс ванкомицина продолжительностью 7,4 суток. Ванкомицин использовался в 27,7% случаев в комбинации с цефалоспоринами. Каждый ребенок с сепсисом получил в среднем по 4 курса антибактериальной терапии во время лечения в стационаре. У детей с герпетической и краснушной инфекцией в качестве стартовой терапии использовались цефалоспорины I поколения с аминогликозидами II – 4 (66,7%), у детей с врожденным хламидиозом – цефалоспорины использовались с макролидами и полусинтетическими пенициллинами. У новорожденных с ВУИ БДУ в качестве стартовой терапии наиболее часто использовались полусинтетические пенициллины – 18 (52,9%), а средняя продолжительность курса составила 7,3 суток. Цефалоспорины I поколения (цефазолин) с аминогликозидами III поколения использовались в 12 случаях (35,3%) и в 4 случаях – с аминогликозидами II поколения (11,8%). В лечении наиболее часто использовались цефалоспорины III поколения – 15 (44,1%) и в меньшем числе случаев – II поколения (29,4%). В то же время цефалоспорины IV поколения отмечены в 7 случаях (20,6%). Из группы аминогликозидов наиболее часто использовались средства III поколения – 26 случаев (76,5%), а средства II поколения – в единичных случаях 4 (11,8%). Вместе с тем каждый третий ребенок (32,3%) получил курс карбапенемов продолжительностью 10,6 суток и макролидов – 6 суток. А каждый пятый ребенок (20,5%) получил курс ванкомицина продолжительностью 9 суток. Реже использовались фторхинолоны (офлоксацин) и

линкозамиды (клиндамицин) – по 3 курса (8,8%), продолжительность курса соответственно 9 и 7 суток. Нитроимидазолы (метронидазол) использовались в ходе лечения в каждом третьем случае (38,2%) со средней длительностью курса 6 суток. Каждый ребенок с ВУИ БДУ получил по 4 курса антибактериальной терапии за время лечения в стационаре.

Закключение и выводы. Таким образом, из различных групп антибактериальных препаратов в ходе лечения новорожденным с ВУИ БДУ наиболее часто назначались цефалоспорины III поколения – 15 (44,1%) случаев – с аминогликозидами III поколения – 26 (76,5%). Следующими по частоте назначений отмечены карбапенемы и макролиды – по 11 (32,3%), реже гликопептиды – 7 (20,5%). В то же время фторхинолоны использовались в единичных случаях – 3 (8,8%). Противовирусные препараты также использовались в единичных случаях (8,8%). По данным зарубежных литературных источников, многие антибактериальные препараты (цефалоспорины I–II поколения), применяемые в отделениях интенсивной терапии и реанимации, имеют высокую резистентность, а наименьшую имеет группа карбапенемов и фторхинолонов. В настоящее время признается ведущая роль тех антибактериальных средств, которые в меньшей мере способствуют возникновению резистентности. К ним в первую очередь относятся карбапенемы и цефалоспорины IV поколения. Следует отметить, что частота назначений цефалоспоринов IV поколения и карбапенемов составила во 2-й группе более 50% (52,9%), в первой же группе она составила только 41,7%. Кроме того, во 2-й группе отмечен максимум использования рациональных комбинаций антибиотиков: цефалоспоринов III–IV поколения с аминогликозидами II–III поколения и макролидов с метронидазолом. Целесообразным оказалось также использование карбапенемов с аминогликозидами в 32,3% случаев. Благоприятный исход в 1-й группе отмечен в 34 случаях (94,4%). Летальный исход отмечен у 2 младенцев с экстремально низкой массой тела с диагнозом «врожденный сепсис в форме септикопиемии» (пневмония, менингоэнцефалит, некротический энтероколит). Во 2-й группе летальных исходов не отмечено.

1. Полусинтетические пенициллины, цефалоспорины I поколения и линкозамиды характеризуются высокой частотой устойчивых к ним микроорганизмов. Применение этих препаратов целесообразно только после определения чувствительности к ним возбудителя.
2. Большая частота назначения цефалоспоринов IV поколения и карбапенемов у детей с врожденной инфекцией без детального уточнения (52,9%), а также

максимум использования рациональных комбинаций антибактериальных препаратов обусловили благоприятный исход заболеваний.

3. Целесообразно использование в лечении перинатальных инфекций более эффективных антибиотиков: цефалоспоринов IV поколения, а также карбапенемов и фторхинолонов.

4. Назначение антибактериальных препаратов должно проводиться под контролем бактериологической чувствительности и с учетом рациональных комбинаций этих препаратов, что позволит расширить возможности терапии инфекций, вызванных полирезистентными штаммами бактерий.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Бочарова И.И., Башакин Н.Ф., Аксенов А.Н. и др. Влияние урогенитальной инфекции матери на клинико-иммунологическую адаптацию новорожденного // Вопросы практической педиатрии. - 2006. - Т. 1. - № 4. - 16с.
- 2 Voxwell G. Neonatal intensive care nursing. - London, New Fetter Line. - 2000. - 455 p.
- 3 Капура Н.Г., Гнедько Т.В., Печкурова О.Н. Анализ эффективности антибактериальной терапии у новорожденных с перинатальными инфекциями // Современные перинатальные медицинские технологии в решении проблем демографической безопасности: сб. науч. тр. / ред.кол.: К.У. Вильчук. - Минск: ГУ РНМБ, 2011. - 242с.
- 4 Duke T. Neonatal pneumonia in developing countries // Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. - 2005.- Vol. 90. - № 3. - P. 211-219.
- 5 Протоколы диагностики, лечения и профилактики внутриутробных инфекций у новорожденных детей / Под ред. Володина Н.Н., Антонова А.Г., Базаровой М.В и др. - М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ. - 2002. - 53 с.
- 6 Goldstein B., Giroir B., Randolph A. et al. International pediatric sepsis consensus conference: Definitions for sepsis and organ dysfunction in pediatrics // Pediatric Critical Care Medicine. - 2005. - Vol. 6, - №1. - P. 2-8.
- 7 Заплатников А.Л., Коровина Н.А., Корнева М.Ю. и др. Внутриутробные инфекции: диагностика, лечение, профилактика // Лечащий врач. -2005. - № 8. - С. 54-62.

**С.М.¹ КЕНЕНБАЕВА, Д.Т.¹ НАРЫМБАЕВА, Е.В.¹ ТИКУНОВА, Ж.Б.¹ ОСПАНОВА,
Г.М.² АБДУЛЛАЕВА, А.Т.² КАРИМХАНОВА**

АЛМАТЫ ҚАЛАЛЫҚ №5 ПЕРЗЕНТХАНАДА ТУЫЛҒАН НӘРЕСТЕЛЕРДЕ ПЕРИНАТАЛЬДЫ ИНФЕКЦИЯНЫҢ ЕМДЕУІНДЕ
АНТИБАКТЕРИАЛЬДЫ ДӘРМЕКТЕРДІ ҚОЛДАНУ

Түйін: Нәрестелер бөлімінде 70 сәбилеріне физикалық дамуына, алғашқы жедел жәрдем көрсетуіне, механикалық вентиляциясының ұзақтылығына және туыт инфекциялары бар балалардың ем алу ұзақтылығы, анықталмаған этиологиясымен жатыршілік инфекцияның таралуы зерттеліп, ретроспективті анықтама жасалған. Туа пайда болған инфекциялардың құрылымында стафилококктар мен цитомегаловирустардың жиі кездесуі, хламидиялар, герпесті және қызылша қоздырғыштары жеке түрде сирек анықталған. Алғашқы емдеу барысында жартылай синтетикалық пенициллиндер мен бірінші және екінші топтағы цефалоспориндер қолданылған. Этиологиясы анықталған науқастарға III топтағы цефалоспориндердің аминогликозидтармен, карбопенемдерді бірге, ал IV топтағы цефалоспориндер сирек қолданған. Этиологиясы анықталған Жатыршілік инфекциясы бар барлық балаларда цефалоспориндерді және IV топтағы карбопенемдерді жиі қолдануы, сонымен қатар оларды қосарлана енгізуі аурудың болжамына оң әсеретуді байқалған.

**S.M.¹ KENENBAYEVA, D.T.¹ NARIMBAYEVA, E.V.¹ TIKUNOVA, ZH.B.¹ OSPANOVA,
G.M.² ABDULLAYEVA, A.T.² KARIMKHANOVA**

APPLICATION OF ANTIBACTERIAL DRUGS IN THE TREATMENT OF PERINATAL INFECTIONS IN NEWBORN INFANTS IN SGCE «CITY
MATERNITY HOSPITAL № 5» ALMATY

Resume: This article for results retrospective analysis of medical records of hospital patients: assessment of physical development is done, the primary intensive care, duration of mechanical ventilation and length of hospital stay 70 newborns with congenital infections and refined unspecified etiology. The structure of congenital infections predominated staphylococcal etiology and cytomegalovirus, more rarely monoinfection caused by chlamydia, herpes and rubella. As initial therapy used semi-synthetic penicillins and cephalosporins I - II generation. For patients with refined etiology used cephalosporins III generation in combination with aminoglycosides, carbapenems and less likely to prescribe cephalosporin IV generation. High frequency of use in children with IUI unspecified etiology of cephalosporins and carbapenems Generation IV, as well as rational use of combinations of antibiotics resulted in favorable outcome of disease in all children in this group.

УДК 616-053.31; 616-053; 612.65

С.М.¹ КЕНЕНБАЕВА, Д.Т.¹ НАРЫМБАЕВА, Е.В.¹ ТИКУНОВА, Ж.Б.¹ ОСПАНОВА,
Г.М.² АБДУЛЛАЕВА, А.Т.² КАРИМХАНОВА

¹ Отделение новорожденных ГККП «Городской родильный дом №5» г. Алматы,

² Курс педиатрии и неонатологии Института постдипломного образования КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова

ОСОБЕННОСТИ НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА У ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С ЗАДЕРЖКОЙ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ

В данной статье представлены особенности течения неонатального периода у детей с задержкой внутриутробного развития (ЗВУР). По сравнению с новорожденными с нормальными антропометрическими данными, у доношенных новорожденных с ЗВУР достоверно чаще были низкие оценки по шкале Апгар на 1 и 5 минуте после рождения. Асфиксия была зарегистрирована только в группе новорожденных с ЗВУР. В неонатальном периоде у детей с ЗВУР представлены следующие патологические синдромы: желтухи новорожденных (66,1%), отечный синдром (46,3%), полицитемия (22%), гипокальциемия (19%), патологические синдромы потери веса (8,3%). Желтуха у новорожденных с ЗВУР носила более длительный характер и характеризовалась более высоким почасовым приростом общего билирубина, который требует длительной интенсивной терапии. В неонатальном периоде 77,3% новорожденных с ЗВУР имеют острые респираторные инфекции, у 15% таких детей обнаружены внутриутробные инфекции. Частота врожденного порока сердца составляет 7,5% у новорожденных с ЗВУР. Почти у всех новорожденных с ЗВУР наблюдались гипоксически-ишемические поражения центральной нервной системы.

Актуальность. Синдром задержки внутриутробного развития (ЗВУР) у новорожденных является одной из актуальных проблем современной педиатрии. ЗВУР – это патологическое состояние, при котором основные параметры физического развития новорожденного находятся ниже 10й перцентили по отношению к его гестационному сроку [1]. В клинической практике диагнозы формируются согласно международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10): P05.0 – «Маловесный для гестационного возраста плод»; P05.1 – «Малый размер плода для гестационного возраста», которые объединяются в подрубрику P05 – «Замедленный рост и недостаточность питания плода». По литературным данным, популяционная частота маловесных и малых к сроку гестации новорожденных составляет от 2,4 до 36% [2, 3, 4]. Показатель смертности среди младенцев данной группы в 3-10 раз выше, чем у новорожденных с нормальным внутриутробным развитием [5, 6, 7]. По данным ряда авторов, частыми осложнениями раннего неонатального периода у детей со ЗВУР являются: асфиксия при рождении и внутриутробная хроническая гипоксия, синдром дыхательным расстройств по типу персистирующей фетальной циркуляции, гипотермия, гипокальциемия, гипогликемия, геморрагический синдром, гипербилирубинемия, наслоение вторичных вирусно-бактериальных инфекций [8, 9].

Целью проведенного исследования являлась оценка особенностей течения неонатального периода у доношенных новорожденных с задержкой внутриутробного развития.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ данных 160 историй развития новорожденных (форма 097/у) за 2010-2012 годы. По центильным таблицам дети были разделены на две группы: 1-я группа (основная) – 100 доношенных новорожденных с синдромом ЗВУР (маловесных/малых к сроку гестации), 2-я группа (контрольная) 60 доношенных новорожденных с антропометрическими показателями, соответствующими сроку гестации. Проанализированы факторы социально-биологического риска у их матерей: возраст паритет беременности и родов, наличие

зарегистрированного брака, уровень образования, частота генитальной и экстрагенитальной патологии, течение беременности и родов.

Диагностика нарушений роста и развития новорожденных проведена была при помощи оценки основных антропометрических параметров (массы тела, длины тела, окружностей головы и грудной клетки) по центильным таблицам [10]. Проведен анализ данных новорожденных, таких как – состояние при рождении, особенности течения неонатального периода, уровень заболеваемости, показатель смертности. Были использованы данные лабораторных и инструментальных исследований, выполненных в соответствии с имеющими клиническими протоколами обследования новорожденных. Полученные данные обработаны статистическими методами с применением пакета прикладной программы Statistica 6.1. Описательная статистика качественных признаков представлена абсолютными и относительными частотами. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Проведен анализ социально-биологического анамнеза матерей в исследуемых группах новорожденных. Возраст матерей составлял $27 \pm 5,5$ года в основной группе и $27,5 \pm 5,6$ года в группе контроля. Достоверных различий по уровню образования у матерей в группах не отмечалось. Вредные привычки (курение и злоупотребление алкоголем) достоверно чаще отмечалось в основной группе в 15,8% случаев, против 1,7%. В основной группе у 27,3% женщин брак был не зарегистрирован, что в 2,3 раза чаще ($p < 0,05$), чем в группе контроля (11,7%). Среди экстрагенитальной патологии у матерей основной группы лидировали болезни системы кровообращения (9,7%), затем по частоте убывания, болезни органов дыхания (9%), болезни почек (8,7%), болезни органов пищеварения (8,3%), болезни щитовидной железы (5,2%), и у 3,7% пациенток зарегистрированы хронические инфекционно-воспалительные заболевания. В контрольной группе преобладали болезни органов пищеварения (25%), болезни почек (6,7%). Практически одинаковое количество женщин в

основной и контрольной группе 62% и 65% соответственно, имели гинекологические заболевания в анамнезе. Первая по счету беременность была зарегистрирована в основной группе в 49% случаев против 40% в группе контроля. В основной группе роды были первыми у 66% женщин, вторые по счету у 25% и третьими у 28%. В контрольной группе роды были первыми у 58% женщин, вторые по счету у 33% и третьими у 8%. Отягощенный акушерский анамнез имели в равной степени матери обеих групп – 37,7% против 30% ($p < 0,05$). Осложненное течение беременности у женщин основной группы наблюдалось в 1,4 раза чаще, чем в группе контроля (94,3% против 68,3%; $p < 0,05$). Среди осложнений беременности у матерей основной группы достоверно чаще зарегистрированы следующие состояния: хроническая фетоплацентарная недостаточность (ХФПН), подтвержденная доплерометрическим исследованием сосудов плаценты (59,3% против 6,7%; $p < 0,05$), ХФПН в сочетании с ЗВУР у 40,3% женщин основной группы; угроза прерывания беременности и/или преждевременных родов (36,3% против 13,3%; $p < 0,05$), гестоз (23% против 10%; $p < 0,05$).

Достоверных различий по наличию анемии беременных в группах не получено (21% и 17%), также не было выявлено различий по способу родоразрешения (39% и 30%). Однако в основной группе операция кесарева сечения по экстренным показаниям выполнялась в 2,7 раза чаще, чем в группе контроля (45,3% против 16,7%; $p < 0,05$). Осложненное течение родов наблюдалось в 4,7 раза чаще у рожениц основной группы (55,3% против 11,7%; $p < 0,05$). Достоверно чаще в основной группе среди осложнений родов отмечались: быстрые роды (11,7% против 1,7%; $p < 0,05$), мекониальные воды (13,3% против 1,7%; $p < 0,05$), раннее излитие околоплодных вод (7% против 0%; $p < 0,05$). Не наблюдалось достоверных отличий по таким осложнениям, как длительный безводный период и обвитие пуповиной.

Антропометрические данные новорожденных исследуемых групп представлены в таблице 1, из которой следует, что новорожденные основной группы по сравнению с младенцами контрольной группы имели низкую массу и длину тела, окружность головы и грудной клетки, этим подтверждая наличие синдрома задержки внутриутробного развития.

Таблица 1 - Антропометрические показатели новорожденных исследуемых групп

Показатель	Основная группа (n=100), M±m	Контрольная группа (n=60), M±m	p
Гестационный возраст, недель	38,5±1,11	38,8±1,08	< 0,05
Масса тела при рождении, гр	2361±211	3538±286	< 0,001
Длина тела при рождении, см	47,3±1,71	52,6±1,84	< 0,001
Окружность головы, см	32,3±1,29	34,9±1,34	< 0,001
Окружность головы, см	30±1,65	33,9±1,22	< 0,001

Примечание. M – среднее значение признака, m – отклонение, p – критерий достоверности

Из таблицы 1 следует, что новорожденные основной группы по сравнению с младенцами контрольной группы имели достоверно более низкую массу ($p < 0,001$), длину тела ($p < 0,001$), окружность головы ($p < 0,001$) и окружность грудной клетки ($p < 0,001$). Следует отметить, что исследуемые группы сопоставимы по гестационному возрасту. В основной группе девочек 53% и мальчиков 48%, против 45% и 55% в контрольной соответственно. Проведенный анализ данных по состоянию детей при рождении, показал, что в основной группе в тяжелом состоянии родилось 14% детей, в средней степени тяжести – 86% младенцев. В контрольной группе все дети родились в удовлетворительном состоянии. Оценка по шкале Апгар на 1-й и 5-й минуте у новорожденных основной группы (маловесных/малых к сроку гестации) была достоверно ниже, чем у детей в контрольной группе ($p < 0,05$). Асфиксия тяжелой степени (0-3 балла по шкале Апгар) наблюдалась у 0,7% детей, которые в дальнейшем нуждались в проведении искусственной вентиляции легких сразу после рождения. Асфиксия средней степени тяжести (4-6 баллов по шкале Апгар) наблюдалась у 6,3% новорожденных основной группы. Следует отметить, что асфиксия при рождении была диагностирована только среди детей основной группы. Течение раннего неонатального периода у детей с ЗВУР, характеризовалось рядом патологических синдромов и состояний. Неонатальная (конъюгационная) желтуха в 3,3 раза чаще отмечалась у новорожденных основной группы ($p < 0,05$). Уровень общего билирубина, определенный в сыворотке венозной крови на 3-й и 4-й сутки жизни, был достоверно выше в группе маловесных

и малых к сроку гестации новорожденных 234 (177-290; $n=100$) мкмоль/л, против 199 (167-228; $n=60$) мкмоль/л в контрольной группе. При этом, более высокий почасовой прирост общего билирубина ($3,3 \pm 1,5$ мкмоль/л в час) отмечен у детей с ЗВУР, когда как, у детей контрольной группы этот показатель составил $2,2 \pm 0,6$ мкмоль/л в час. Уровень билирубина свыше 250 мкмоль/л отмечен у 46% новорожденных с ЗВУР, в контрольной группе таких детей было двое (у одного – 260 мкмоль/л, за счет кефалогематомы, и у второго – 255 мкмоль/л за счет дефекта вскармливания в первые дни жизни). У детей основной группы длительность желтухи составила $14,7 \pm 2,9$ суток, в группе контроля $7,5 \pm 0,5$ суток. В проведении фототерапии нуждались все новорожденные основной группы с желтухой и 6 детей из группы контроля. Отечный синдром наблюдался у 46% новорожденных с ЗВУР и не был зарегистрирован в группе контроля. У 9% детей основной группы отмечалась гипопропротеинемия (уровень белка в крови не превышал 45 г/л) и ее уровень был достоверно ниже в основной группе чем в контрольной ($p < 0,05$). Транзиторная гипогликемия отмечалась у 36% детей основной группы в пределах $2,55-3,89$ (3,29; $n=100$) ммоль/л и у 23,3% детей группы контроля $2,6-4,4$ (3,3; $n=60$). Частота гипогликемий была в 1,6 раза выше в основной группе ($p < 0,05$). Полицитэмия в 3,3 раза чаще наблюдалась у детей основной группы (22% против 6,7%; $p < 0,05$). У детей с ЗВУР в течении неонатального периода, отмечалась гипокальциемия в 17% случаях, токсическая эритема в 19%, патологическая потеря массы тела (более 2% от массы тела за сутки) у 8% детей. Восстановление первоначальной массы тела

происходило значительно позже у детей с ЗВУР – на 14,2±2,1 сутки, у детей в группе контроля – на 4,2±0,32 сутки (p<0,05). Обращал внимание тот факт, что отпадение пуповинного остатка у новорожденных с ЗВУР

происходило на 5,2±0,94 сутки, в группе контроля – на 4,2±0,32 сутки (p<0,05). В таблице 2 представлена структура заболеваемости основной и контрольной групп.

Таблица 2 - Структура заболеваемости исследуемых новорожденных

Нозология	Частота заболеваемости детей, абс. ч. (%)		p
	Основная группа (n=100), абс.чис. (%)	Контрольная группа (n=60), абс.чис. (%)	
Маловесный к сроку гестации	37 (37%)	–	
Малый к гестационному возрасту	63 (63%)	–	
Асфиксия тяжелой степени	2 (2%)	–	
Асфиксия средней степени тяжести	6 (6%)	–	
Внутриутробная инфекция	15 (15%)	–	
Неонатальная желтуха	66 (66%)	12 (20%)	<0,05
Гипербилирубинемия	11 (11%)	–	
Отечный синдром	46 (46%)	–	
Гипопротеинемия	10 (10%)	4 (6,7%)	<0,05
Транзиторная гипогликемия	36 (36%)	14 (23,3%)	<0,05
Токсическая эритема	19 (19%)	–	
Полицитемия	22 (22%)	4 (6,7%)	<0,05
Гипокальциемия	19 (19%)	1 (1,7%)	<0,05
Патологическая потеря массы тела	8 (8%)	–	
Кефалогематома	2 (2%)	–	
Врожденные пороки сердечнососудистой системы	37 (37%)	2 (3,3%)	<0,05
Перинатальные поражения нервной системы	59 (59%)	2 (3,3%)	<0,05

Как показано в таблице 2 основную группу составили дети малые к сроку гестации в 63% и маловесные к сроку гестации – 37%. Большинство детей с ЗВУР в 78% случаев, были переведены на II-ой этап выхаживания для последующих лечения и реабилитации. Среднее пребывание в условиях стационара детей с ЗВУР составило 17,4±4,4 суток, в то же время здоровые дети выписывались в среднем на 5,6±1,0 сутки (p<0,05). Реализация внутриутробной инфекции имела место в 15% случаях у детей основной группы. В структуре внутриутробных инфекций в большинстве случаев (62%) отмечались микстинфекции, реже (38%) – моноинфекции, что согласуется с литературными данными, указывающих на возрастание частоты и роли смешанных инфекций. Моноинфекции были представлены цитомегаловирусной инфекцией (ЦМВИ) (50%), инфекцией, вызванной вирусом простого герпеса (ВПГ) (27%), реже - хламидиозом (14%), микоплазмозом (7%). Микст-инфекции составили в 56% случаев ЦМВИ+ВПГ, ЦМВИ+токсоплазмоз (18%), ЦМВИ+хламидиоз (24%). Врожденные пороки сердца встречались в 7,5 раз чаще в основной группе (37%) против (2%) контрольной группы. Так, в основной группе дефекты межпредсердной перегородки (ДМПП) выявлены у 26% случаев, дефекты межжелудочковой перегородки (ДМЖП) у 6% детей, открытый артериальный проток (ОАП) в 5%, дисфункция клапанов у 3% детей. В контрольной группе наблюдалось по одному случаю ДМПП (1,7%) и ДМЖП (1,7%). Практически у всех доношенных новорожденных, малых и маловесных к

сроку гестации, наблюдалось гипоксически-ишемическое поражение ЦНС. Диагноз «перинатальная энцефалопатия» имел 39% новорожденных основной группы, «церебральная ишемия» - 59%, мышечная дистония – 61%, гипотония и гипорефлексия наблюдалась у 23% детей маловесных и малых к сроку гестации. Выраженная патологическая неврологическая симптоматика больше характерна для детей с ЗВУР, чем для новорожденных, антропометрические данные которых соответствовали сроку гестации.

Закключение. Таким образом, преобладающими социально-биологическими факторами риска развития ЗВУР у доношенных детей были незарегистрированный брак и курение родителей. У матерей новорожденных с ЗВУР осложненное течение беременности наблюдалось в 1,4 раза чаще, такие как, хроническая фетоплацентарная недостаточность, угроза прерывания беременности, угроза преждевременных родов, преэклампсии. В 4,7 раза чаще у матерей новорожденных с синдромом ЗВУР отмечались осложнения родов – быстрые роды, мекониальные воды, ранне излитие околоплодных вод. Доношенные новорожденные с ЗВУР по сравнению с детьми из группы контроля чаще рождались в тяжелом состоянии, имели низкую оценку по шкале Апгар. Асфиксия при рождении была зарегистрирована только в группе новорожденных маловесных и малых к сроку гестации. Для новорожденных с синдромом ЗВУР в неонатальном периоде характерны следующие патологические симптомы и синдромы: неонатальная желтуха, отечный

синдром, полицитемия, гипокальциемия, патологическая протеряя прибавка массы тела. Желтуха новорожденных у детей с ЗВУР носила более длительный характер, с проведением интенсивной терапии. В неонатальном периоде у детей с ЗВУР, чаще

имела место реализация внутриутробной инфекции, чаще встречались врожденные пороки сердца и практически у всех отмечалось гипоксическо-ишемическое поражение центральной нервной системы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Шабалов Н.П. Задержка внутриутробного роста и развития // Неонатология. – М.: МЕДпресс-инфо, 2006. – Т. 1. – С. 88-109.
- 2 Polin, R.A., Spitzer, A.R. Fetal and neonatal secrets. 2th. : Hanley & Belfus Publication. Philadelphia: 2006. – 499 p.
- 3 Avery, G.B., MacDonald, M.G., Seshia, M.K. Avery's Neonatology: pathophysiology & management of the newborn. 6th ed. – Philadelphia., Lippincott Williams & Wilkins. – 2005. – 1748 p.
- 4 Gomella T.L. Neonatology: [management, procedures, on-call problems, diseases, and drugs](#). 5th ed. McGraw-Hill, New York: 2004. – 724 p.
- 5 Каюпова Н.А. Медицинские проблемы демографии // Акушерство, гинекология и перинатология. – 2007. – № 1. – С. 5-10.
- 6 Чувакова Т.К. Ситуация по перинатальному уходу в Казахстане // Материалы VI съезда детских врачей Казахстана. – Алматы: 2006. – С. 257-258.
- 7 Севрук О.В. Особенности неонатального периода у доношенных новорожденных с задержкой внутриутробного роста // Журнал «Известия Национальной академии наук Беларуси». – 2012. – № 1. – С. 14-20.
- 8 Каракушикова А.С., Абдуллаева Г.М., Рахимова К.В. Способ оценки неонатальной адаптации недоношенных детей, рожденных с задержкой внутриутробного развития // Инновационный патент на изобретение №2010/0496.1. Официальный бюллетень «Промышленная собственность. Изобретения. Полезные модели». – Астана: 2010.
- 9 Мустафазаде Т.Ш., Абдуллаева Г.М., Божбанбаева Н.С., Тастанбеков Б.Д. Сравнительный анализ причин задержки внутриутробного развития. Вестник КазНМУ. – 2012. – №1.
- 10 Современные перинатальные медицинские технологии в решении проблем демографической безопасности: сб. науч. тр. / редкол.: К.У. Вильчуки др. – Минск: ГУ РНМБ, 2011. – 296 с.

**С.М.¹ КЕНЕНБАЕВА, Д.Т.¹ НАРЫМБАЕВА, Е.В.¹ ТИКУНОВА, Ж.Б.¹ ОСПАНОВА,
Г.М.² АБДУЛЛАЕВА, А.Т.² КАРИМХАНОВА**
ЖАТЫРІШІЛІК ДАМУЫ АРТТА ҚАЛУЫМЕН БІРГЕ ЖЕТІЛІП ТУЫЛҒАН НӨРЕСТЕЛЕРДІҢ
НЕОНАТАЛЬДЫ КЕЗЕҢНІҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Түйін: Жатыршілік дамуы артта қалуымен жетіліп туылған нәрестелердің неонатальды кезеңнің ерекшеліктері зерттелген. Жатыршілік дамуы артта қалуымен бірге жетіліп туған нәрестелерде антропометриялық өлшемдері қалыпты жағдайдағы нәрестелерге карағанда Апгар шкаласының деңгейі 1-ші және 5-ші минуттарында төмен болуы, асфиксия байқалған. Жатыршілік дамуы артта қалған нәрестелерде неонатальды кезеңі патологиялық сарғаю (66,1%), ісіну (46,3%), полицитемия (22%), гипокальциемия (19%), салмақ жоғалту (8,3%) синдромдарымен ерекшелінген. Сарғаю синдромы бұл нәрестелерде ұзақтығымен және жалпы билирубин деңгейі сағат сайын ұлғаюмен сипатталды, жедел жәрдем көмектің мерзімін ұзартуға әкелді. Неонатальды кезеңінде. Жатыршілік дамуы артта қалған нәрестелерде жедел респираторлы инфекциялары 77,3%, жатыршілік инфекциялары 15% анықталған. Барлық нәрестелерде Орталық нерв жүйесінің гипоксиялық ишемиялық зақымдануы зерттелген.

**S.M.¹ KENENBAYEVA, D.T.¹ NARIMBAYEVA, E.V.¹ TIKUNOVA, ZH.B.¹ OSPANOVA,
G.M.² ABDULLAYEVA, A.T.² KARIMHANOVA**
PECULIARITIES OF THE NEONATAL PERIOD IN FULL-TERM INFANTS WITH INTRAUTERINE
GROWTH RETARDATION

Resume: Peculiarities of the neonatal period in full-term infants with intrauterine growth retardation was discovered. As compared to newborns with normal anthropometrics measurements, full-term newborns with intrauterine growth retardation more often were delivered in severe conditions and credibly had lower Apgar scores at 1 and 5 minutes after birth. Asphyxia was registered only in the group of small for gestational age (SGA) newborns. SGA newborns in the neonatal period presented the following pathological syndromes and sings: neonatal jaundice (66.1%), edema syndrome (46.3%), polycythemia (22%), hypocalcaemia (19%), and pathological syndromes weight loss (8.3%). Jaundice in SGA newborns appears to be of more prolonged nature and is characterized by a higher hourly production of total bilirubin that requires prolonged intensive care. In the neonatal period 77.3% of SGA newborns have acute respiratory infections, 15% of such newborns experienced intrauterine infections. Frequency of congenital heart defect is 7.5% higher in SGA newborns. Nearly all SGA newborns presented hypoxic-ischemic lesion of the central nervous system.

ПРИМЕНЕНИЕ АППАРАТА ДЭТА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ И ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ НА ТЕРРИТОРИИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

В данной статье представлены материалы впервые проведенного исследования на территории РК в г. Алматы с использованием метода ВРТ для оценки группового уровня здоровья, состояния органов и систем, этиологических факторов патологических процессов, уровня истощения иммунного и эндокринного статусов среди взрослого и детского населения. Анализ полученных данных выявил особенности изменений центральной регуляции психо-эмоциональной сферы в зависимости от возраста, степеней напряженности у 75% взрослого населения и 22,2% детей в возрасте 9-15 лет. Использование экспресс-диагностики позволило оценить групповой уровень здоровья по Дж. Витулкусу с выявлением 100% изменения показателей здоровья как среди взрослого, так и детского населения. Выявлена частота аутоиммунных заболеваний в 35,2% встречаемости среди женщин в возрасте 29-65 лет и среди детей 16,1% в возрасте 6-17 лет. Изучены особенности этиологических факторов среди взрослого населения, в частности обнаружение гельминтозов у 78,3%, бактерий у 73,6%, вирусов у 76,2%, грибковой инфекции и простейших у 76,4% и 72,2% соответственно. У детей в возрасте 12-16 лет отмечалось преобладание простейших и бактерий у 83,3%, вирусов у 77,7%, гельминтов у 72,2%, в меньшей степени грибковой инфекции у 66,6%.

Метод вегетативного резонансного тестирования (далее ВРТ) является синтезом накопленных человечеством знаний по биоэнергоинформационной медицине, который объединяет целостный подход, характерный восточной медицине, и глубокую детализацию процессов, присущей классической европейской медицине [1, 2]. Как известно, болезни современной эпохи являются главным образом мультипричинными т.е. вызываются суммарным действием нескольких факторов. Возможно, рождение людей с некоторыми изначально ослабленными органами или гуморально-ферментативными недостатками, которые и являются слабыми звеньями в цепи регуляторных процессов, поддерживающих гомеостаз в организме. В зависимости от степени их слабости с одной стороны, и интенсивности воздействия вредных, экологических (и других патогенных) агентов с другой стороны, в организме могут возникнуть определённые нарушения [3, 4, 5]. Однако, организм до определенного возраста или времени воздействия может обладать достаточной компенсаторной способностью. Вследствие этого, чувствительный, очень восприимчивый человек может заметить неблагоприятное влияние патогенного фактора намного скорее, чем изначально здоровый, относительно стойкий индивидум. Последовательное исследование организма различными частотными спектрами в определенном алгоритме, может дать детальную и очень точную информацию о наличии в нем тех или иных изменений. Собранные информация по точности на порядок выше известных клинических методов диагностики и лечения, которая позволяет отследить болезнь на много раньше, чем проявление клинических изменений [6, 7]. В связи с выше изложенным, была предпринята попытка использования метода ВРТ для определения клинко-функциональных изменений различных органов и систем у взрослого и детского населения РК.

Целью данного исследования, являлось изучение уровня здоровья в группах населения для оптимизации диагностики и эффективной оценки результатов биорезонансной терапии.

Материалы и методы. Было обследовано 88 пациентов, постоянно проживающих в различных регионах г.

Алматы и Алматинской области, из них 18 (20,45%) детей в возрасте от 1 года до 18 лет и 70 (79,55%) взрослых в возрасте от 19 до 70 лет.

С диагностической целью использовался аппарат «ДЕТА-D» модели 104 и 105 со встроенными устройствами с микропроцессорным управлением для вегетативного резонансного теста. С лечебной целью применялись портативные приборы серии «Дэта-Ритм», «Дэта-АП (антипаразитарный)».

Оценка лечебной эффективности проводилась путем еженедельных клинических осмотров, включающих сам осмотр, оценки результатов лабораторно-инструментальных исследований, контрольного проведения вегетативного тестирования. Вегетативно-резонансное тестирование во всех случаях проводилось одним врачом на диагностическом приборе «Дэта-Д» и электронном медикаментозном селекторе «Дэта-Pharma».

Был проведен сравнительный анализ изменений на основных уровнях жизнедеятельности организма: структурном (опорно-двигательная система), биохимическом (обмен веществ органов и тканей) и психо-эмоциональном. Наряду с этим, был установлен характер патологического процесса: воспалительный, аллергический, токсический, дегенеративный, опухольный; определена локализация процесса, распространенность, вид инфекционного возбудителя (вирусы, бактерии, простейшие, гельминты и т.д.); для подбора эффективной комплексной этиотропной (лекарственной и гомеопатической) терапии в сочетании с дренажными и дезинтоксикационными возможностями приборов «Дэта-Ритм-10» и «Дэта-AP-20» [8, 9, 10].

Результаты исследования и их обсуждение. Исследования клинической эффективности различных способов ВРТ диагностики и биорезонансная терапия (далее БРТ) обследуемые пациенты были распределены в зависимости от возраста (дети – 20,5% и взрослые – 79,6%) и пола (мужского – 40% и женского – 60%). Диагностика методом ВРТ проводилась по основным интегральным критериям. Реализация любого стресса, различных психологических влияний реализуется на уровне организма, оставляя за собой нарушения со

стороны эндокринной и нервной систем. Для определения психовегетативных нагрузок нами использовался метод резонансного тестирования Talamus D4 b Epiphysis по шкале EP.

Анализ результатов обследования показал, что от общего числа пациентов психо-эмоциональные нарушения наблюдались у 46,6% (41) пациентов. Характерной особенностью явились высокая частота встречаемости состояний среди взрослых в возрасте 30-50 лет - 87,8% (36), с наибольшим преобладанием у лиц женского пола. Показатели резонансной шкалы варьировали от EP 1 до EP 6, выразившиеся агрессивностью, раздражительностью и неустойчивостью эмоционального фона до эйфории. Психоэмоциональные нарушения среди детского населения выявлены у 12,2% (5) детей в возрасте 12-16 лет, при этом, показатели резонансной шкалы варьировали от гиперэргических до гипозэргических, от EP1 до EP9.

Депрессивные состояния выявлены лишь у 10 пациентов, что составило 11,4%, преимущественно у взрослых (80%). Для оценки состояния вегетативной нервной системы применялись резонансные диагностические шкалы MC напряженности вегетативной нервной системы (ВНС) и CV (истощения ВНС). Анализ оценки центральной регуляции показал преобладание степеней напряженности у 75% (66), отражающие симпатотонические проявления в виде мигрени, транзиторных форм гипертонической болезни, сердечнососудистых кризов. Признаки истощения вегетативной нервной системы, отражающие парасимпатические вегетативные кризы как крапивница, бронхиальная астма, вазомоторный ринит диагностированы у 22,2% (4) детей в возрасте 9-15 лет. Анализ групповых уровней здоровья по Дж. Витулкусу, показал, что выявляемость изменений показателей здоровья как среди взрослого так и детского населения составляет на сегодняшний день 100%.

Таблица 1 - Характеристика групповых уровней здоровья по Дж. Витулкусу

Группа здоровья	Взрослые (n=70)		Дети (n=18)		Всего (n=88)	
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
1 группа	38	54,3	5	27,7	43	48,9
2 группа	20	28,6	7	38,8	27	30,7
3 группа	9	12,8	5	27,7	14	15,9
4 группа	3	4,3	1	5,6	4	4,5

Из общего количества обследованных пациентов, незначительные хронические заболевания с проблемами на физическом уровне диагностированы у 48,9%, обострения основного заболевания отмечены у 30,7%, обострение хронических заболеваний с присоединением психоэмоциональных проблем у 15,9%, серьезные психоэмоциональные проблемы с признаками глубокой депрессии у 4,5%. При сравнительном анализе групп здоровья выявлены особенности преобладания у детей 2, 3, 4 групп здоровья, тогда как у взрослых чаще всего отмечена 1 группа здоровья. Большое количество патологических состояний имеет большую или меньшую аллергическую, или аутоиммунную природу. К ним относятся: бронхиальная астма, полинозиты, аллергический насморк, гайморит, нейродермиты, экземы, отек Квинке, псориаз, аллергические дерматиты, инфекционно-аллергический полиартрит, инфекционно-аллергический миокардит, эндокардиты, перикардиты и многие другие. Оценка аллергического состояния и отягощений производилась с использованием указаний и морфологических шкал (Histaminum D60, Caustrum D30, Acidum formicum D6, Allergie-injektapas), уровней HL1-11,AF. Для получения целостной морфологической картины проводились диагностические тесты по двум шкалам HL1-11 и AF. Тестированием морфологической шкалы HL, а именно верхней ее части (т.е. выше нормальных значений), определяется степень выраженности аллергического или аутоиммунного процесса.

Таким образом, результаты исследований показали различные изменения частотных показателей, отражающих анаболические и катаболические процессы в сложном аппарате клеточных мембран. Повышение

клеточных мембран ведет к явлениям экссудации и отека, являющихся основной причиной реактивных, воспалительных, аллергических, аутоиммунных процессов. Результаты исследования показали наибольшую частоту встречаемости пищевой аллергии у 37 пациентов из 88, что составило 42%. Из 37 пациентов пищевая аллергия диагностирована у 75,6% (28) взрослых и у 9 (24,3%) детей. При этом, наибольшая частота встречаемости отмечается среди мальчиков в возрасте 5-15 лет. Особое внимание заслуживает диагностика аутоиммунных заболеваний, которая была выявлена у 35,2% (31) пациентов. При проведении сравнительного анализа выявлено, что наибольшая частота встречаемости данных заболеваний отмечается среди женщин в возрасте 29-65 лет, и среди детей в возрасте от 6 до 17 лет. Для выявления техногенных (геопатогенных, радиоактивных, электромагнитных, токсических) нагрузок проводилось резонансное тестирование с использованием диагностических указателей DM1-5, D N, Chromium met. 400 с оценкой степени тяжести. Наличие любого вида нагрузки, как пускового механизма, в результате действия которого в организме возникает порочный круг - иммунная ослабленность, сбой эндокринной регуляции, что влечет за собой расстройство работы жизненно важных органов. Из общего числа обследуемых лиц особое место в структуре отягощений занимают отягощение тяжелыми металлами и рентгеновские нагрузки (57,9% и 46,5% соответственно), в одинаковых случаях геопатогенная (ГН) и радиоактивная нагрузки (РАН) более чем у 45,4% жителей Алматы, а у 38,6% электромагнитные нагрузки, в том числе у детей.



Рисунок 1 - Механизм воздействия нагрузок на организм

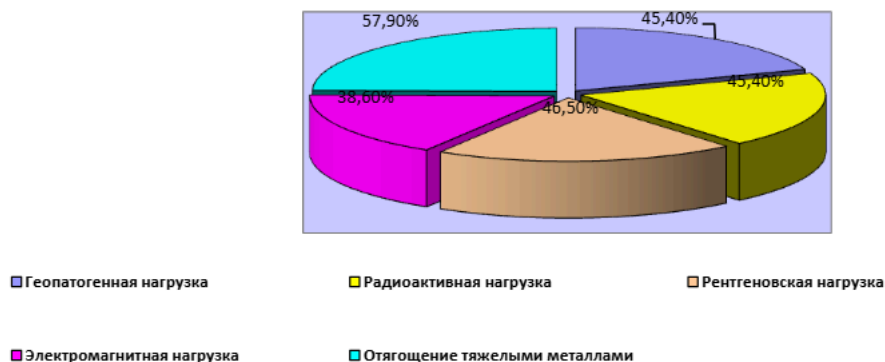


Рисунок 2 - Характеристика нагрузок и отягощений

При ГН или РАН основным органом-мишенью может быть щитовидная железа (или паращитовидная), а также другие органы и ткани, где уже есть предрасположенность для действия неблагоприятного фактора. В отличие от ГН или РАН электромагнитные нагрузки поражает не 1-2 органа, а распространяется на весь организм в целом, затрагивая целые системы органов. В наши дни электромагнитные нагрузки увеличилась по мощности излучений во много раз во всем широчайшем диапазоне частот от 0 до сотен гигагерц (ГГц). Появилось такое понятие как «электросмог», мобильные телефоны, радиотелефоны, микроволновые печи и многое другое - все это создает неблагоприятный фон, к которому организм не всегда может приспособиться.

Сравнительный анализ показал существенные различия по частоте встречаемости нагрузок, как среди взрослых, так и детей. Характерной особенностью у детей явилось наибольшая частота РАН у 25%, электромагнитных нагрузок у 23,5%, ГН и отягощение тяжелыми металлами у 22,5%, рентгеновские – у 19,5% и отягощение тяжелыми металлами у 17,6% особенно у мальчиков в возрасте 9-14 лет. В условиях экологического неблагополучия раньше других систем реагирует иммунная, эндокринная и ЦНС, вызывая тем самым спектр функциональных расстройств. Все это в последующем влечет за собой выраженные нарушения обмена веществ, приводящих экозависимым патологическим процессам. Оценка эндокринной и иммунной систем проводилась с использованием диагностических шкал VL, ME, LP, SB с соответствующими уровнями напряженности и истощения.

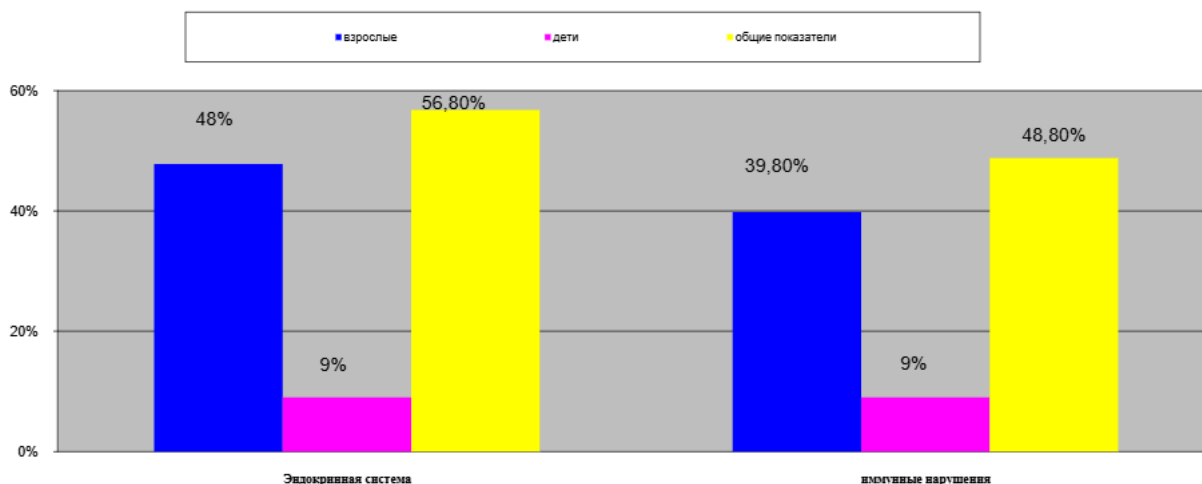


Рисунок 3 - Структура эндокринных и иммунных нарушений обследуемой группы

Эндокринные нарушения были диагностированы у 9% (8) детей, преимущественно среди мальчиков в возрасте 12-16 лет. При сравнительном анализе степени напряженности эндокринной системы у детей преобладали над истощением, что свидетельствует о сохранении адаптационных механизмов организма. У взрослых пациентов степень напряженности эндокринной системы также, преобладал над истощением (2%). Со стороны иммунной системы данные практически совпадали с предыдущей эндокринной системы. В настоящее время болезнь человека может быть вызвана, как одним единственным, так и несколькими этиологическими факторами. В диагностике вирусных, бактериальных и микотических, паразитарных отягощений использованы соответствующие для резонансного тестирования указатели для каждого конкретного возбудителя. В этиологической структуре

выявлена наибольшая частота гельминтозов 68%, вирусов - 67%, простейших - 61,3%, грибковой инфекции у 57,2%. Из 18 обследуемых детей, оценка этиологической структуры показала преобладание простейших и бактерий у 83,3% (15), гельминтов у 72,2% (13), в меньшей степени грибковой инфекции у 66,6% (12). У взрослых пациентов этиологическая структура представлена преобладанием глистной инвазии у 78,3% (47), вирусов у 76,2% (45), бактерий у 73,6% (42), простейших и грибковой инфекции у 55,7% (39).

Оценка эффективности проводимого лечения основывалась на общепринятых клинико-диагностических подходах и по субъективным ощущениям пациентов. С учетом выявленных изменений со стороны органов и систем все пациентам назначено лечение портативными приборами «Дэта Ритм-10, 13» и «Дэта AP-20».

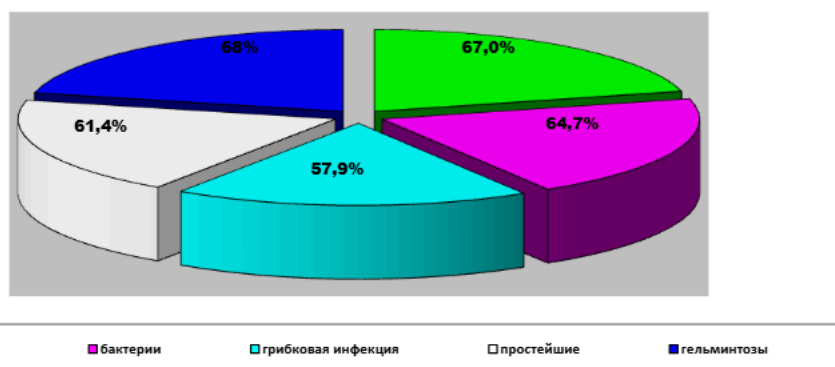


Рисунок 4 - Структура этиологических факторов

Клинические наблюдения за больными, получавшими лечение в качестве монотерапии и комбинированное лечение, позволили выявить более выраженный, положительный терапевтический эффект у 86%, по сравнению с контрольной группой 76%.

Выводы:

1. Использование аппарата для экспресс-диагностики и лечения больных свидетельствует о его достаточной эффективности и хорошей переносимости, что позволяет

оптимизировать процесс диагностики и оценивать результаты различных видов и вариантов терапии на этапе тестирования.

2. При последовательном обследовании организма различными частотными спектрами аппарата Дэта-Элис в определенном алгоритме, получена детальная и очень точная информация о наличии нагрузок. Так, частота РАН выявлена у 25%, электромагнитных нагрузок у 23,5%, ГН и отягощение тяжелыми металлами у 22,5%,

рентгеновские - у 19,5% и отягощение тяжелыми металлами у 17,6%, особенно у мальчиков в возрасте 9-14 лет.

3. Доказана информативность метода ВРТ при оценке центральной регуляции, с выявлением особенностей изменений в зависимости от возраста, степеней напряженности у 75% (66) и 22,2% (4) детей в возрасте 9-15 лет.

4. Использование экспресс-диагностики позволило оценить групповой уровень здоровья по Дж. Витулкусу с выявлением 100% изменения показателей здоровья как среди взрослого так и детского населения.

5. Выявлена частота аутоиммунных заболеваний у 35,2% (31) пациентов, с частотой встречаемости среди женщин в возрасте 29-65 лет и среди детей в возрасте 6-17 лет.

6. Доказана информативность метода ВРТ в дифференциальной диагностике этиологического фактора риска среди взрослых, в частности обнаружение гельминтозов у 78,3% (47), бактерий у 73,6% (42), вирусов у 76,2% (45), грибковой инфекции и простейших у 39 (76,4%) и 72,2% соответственно. Особенностью для детского возраста явилось наибольшая частота в возрасте 12-16 лет преобладание простейших и бактерий у 83,3% (15), вирусов у 77,7% (14), гельминтов у 72,2% (13), в меньшей степени грибковой инфекции у 66,6% (12).

7. В результате проведенных клинических испытаний приборы «ДЭТА» считаем целесообразным внедрение его в практику здравоохранения РК, как для проведения диагностики и осуществления контроля за динамикой функционального состояния больного в процессе.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Махонькина Л.Б., Сазонова И.М., Резонансный тест. Возможности диагностики и терапии // Издательство.- М.: 2000. - 114с.
- 2 Готовский Ю.В., Косарева Л.Б., Махонькина Л.Б., Сазонова И.М., Фролова Л.А. Элеktропунктурная диагностика и терапия с применением вегетативного резонансного теста «Имедис-тест». Методические рекомендации. «Имедис». – М.: 2000. - 114 с.
- 3 [Détermination de la résonance de Bragg et des largeurs des bandes interdites par le modèle d'onde plane corrigé.](#) Naasse, Smail; Chahine, Chakib; Chagdali, Mohamed // Comptes Rendus Mecanique. - Vol. 331. – iss. 2, 2003. - P. 179-182.
- 4 Яновский О.Г, Карлыев К.М., Королева Н.А. и др. Возможности компьютеризированной электропунктурной диагностики по Р. Фолля в терапии с рефлекторными методами терапии и гомеопатии. Методические рекомендации Министерства здравоохранения России. - М.: 1998. – 232 с.
- 5 [The threshold of subharmonic parametric excitation in the bragg gap of a periodic structure.](#) Zakharova, IG; Komissarova, MV; MarchenkoVF // Moscow University Physics Bulletin. - Vol. 64. - 2009. – P. 48-49.
- 6 Мейзеров Е.Е с соавт. Биорезонансная терапия. Методические рекомендации. - М.: 2000. – 27 с.
- 7 [Bragg resonant reflection of carrier waves composing wave groups.](#) Cho, Yong-Sik; Jung, Jae-Sang. // Ocean Engineering. Vol. 33. - 2006. - P. 82-92.
- 8 Коноплев С.П. Комплексная терапия – новый подход в коррекции энергоинформационного гомеостаза // Сборник научных трудов X международной гомеопатической конференции. – М.: 2000. – С. 4-7.
- 9 Дмитриева В.С. Информативность электропунктурной диагностики по Р. Фоллю в скринирующих исследованиях. Гомеопатическая медицина и акупунктура. – 1996. -№ 1-2. - С. 17.
- 10 [Ambichiral, equichiral and finely chiral layered structures.](#) Hodgkinson, Ian J.; Lakhtakia, Akhlesh; Wu, Qi hong; De Silva, Lakshman; McCall, Martin W. // Optics Communications. - Vol. 239. - 2004. - № 4-6. - P. 353-358.

А.Т. КАРИМХАНОВА, Г.М. АБДУЛЛАЕВА

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДАҒЫ ТҰРҒЫНДАР АРАСЫНДА ДЭТА АППАРАТЫН ЕМДЕУ ЖӘНЕ ДИАГНОСТИҚАЛЫҚ БАРЫСЫНДА ПЕДИАТРИЯ МЕН ТЕРАПИЯЛЫҚ ТӘЖІРИБЕДЕ ҚОЛДАНУ

Түйін: Бұл мақалада Қазақстан Республикасының Алматы қаласында ересек және балалардың денсаулық деңгейін, ағзалар мен жүйелердің жағдайын, патологиялық процесстердің этиологиялық көзін анықтау, сонымен қатар иммундық және эндокринді жүйелерін зерттеу барысында ВРТ әдісі алғашқы рет қолданылған. Зерттеу нәтижесінде орталық жүйкелерінің қозғыштауы, психо-эмоциональды өзгерістері ересек адамдар арасында 75%, ал 9-15 жастағы балаларда 22,2%. Дж. Витулкусу кестесі арқылы балалар және ересек арасында денсаулық деңгейін анықтауы 100% өзгерістерін анықтады. 29-65 жастағы әйелдер арасында 35,2% және 6-17 жастағы балаларда 16,1% аутоиммунды аурулары жиі кездескен. Этиологиялық қоздырғыштардың зерттеуі ересек адамдар арасында жиі кездескені гельминтоздар 78,3%, бактериялар 73,6%, вирустар 76,2%, саңырауқұлақты инфекция 76,4% және простейшіялар 72,2%. 12-16 жастағы балалар арасында жиі простейшіялар мен бактериялар 83,3%, вирустар 77,7%, гельминттер 72,2%, саңырауқұлақты инфекциясы 66,6% тіркелген.

A.T. KARIMHANOVA, G.M. ABDULLAYEVA

DETA APPLICATION FOR DIAGNOSIS AND TREATMENT IN THE THERAPEUTIC AND PEDIATRIC PATIENTS IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

Resume: This article presents the study materials for the first time in Kazakhstan in Almaty with the use of ART in the evaluation of group-level health of organs and systems, etiologic factors of pathological processes, the level of deterioration of the immune and endocrine status of adults and children. Analysis of the data revealed the features of changes in the central regulation of psycho-emotional sphere, depending on age, degree of stress, 75% of adults and 22.2% of children aged 9-15 years. The use of rapid diagnostics has allowed the group to assess the level of health by J. Vitulkuusu with 100% detection of changes in health among both adult and child population. Identified frequency of autoimmune diseases in 35.2% of women aged 29-65 years and 16.1% among children aged 6-17 years.

Studied the characteristics of the etiological factor in adults, particularly the detection of helminthiasis in 78.3%, bacteria in 73.6%, viruses in 76.2%, fungal and protozoan infections in 76.4 % and 72.2%, respectively. For children aged 12-16 years and noted the predominance of simple bacteria in 83.3%, viruses in 77.7%, worms in 72.2%, less fungal infection in 66, 6%.

С.С. САРСЕНБАЕВА

Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова, кафедра интернатуры и резидентуры по педиатрии № 1

ГЕПАТОБИЛИАРНАЯ СИСТЕМА ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ: ФИЗИОЛОГИЯ, ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ И ОПТИМАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ТЕРАПИИ

Гепатобилиарная система человека - сложная, многоуровневая система, гармоничное взаимодействие всех отделов которой обеспечивает пищеварение и экскрецию. Высокая частота развития патологии печени и желчевыводящих путей у детей и подростков обуславливают разработку наиболее информативных и щадящих методов диагностики. Лечение патологии у детей и подростков, в большинстве своем носящей вторичный характер, основано на применении лечебного питания, холекинетики и гепатопротекторов.

Ключевые слова: печень, желчные пути, гепатобилиарная система детей, гепатопротекторы, желчегонные средства.

Гепатобилиарная система человека - сложная, многоуровневая система, представленная как паренхиматозной частью (гепатоциты), так и полостной (желчевыводящие пути), а так же сфинктерной. Гармоничное взаимодействие всех отделов обеспечивает одну из важных функций человека – пищеварение и экскрецию. Этот содружественный механизм в патологических условиях может нарушаться [1].

Физиологическое назначение желчных путей состоит в выведении желчи в кишечник. В норме за сутки выделяется около 1,5 л желчи. При отсутствии пищи в кишечнике желчь поступает туда в незначительном количестве, периодически. После приема пищи, особенно мяса, молока, яичных желтков, желчь изливается обильнее. Продукты переваривания пищевых веществ действуют на стенки двенадцатиперстной кишки, в частности, на имеющийся в фатеровом соске сфинктер Одди, откуда возникает особый рефлекс на желчный пузырь: благодаря этому рефлексу желчный пузырь сокращается и опорожняется; скорость тока желчи, проходящей по желчным путям, и ее количество при этом резко повышаются. В печени непрерывно происходит образование жёлчи, которая поступает в жёлчный пузырь, откуда во время пищеварения попадает в двенадцатиперстную кишку. Желчный пузырь является дополнительным резервуаром желчи и может вмещать от 30-70 до 200 мл желчи. Желчь, кумулирующаяся в нём, в 5-10 раз концентрированнее, чем в печени, т.е. содержание плотных элементов в пузырной желчи в среднем в 10 раз больше, чем в желчи печеночной. Желчь с полным правом можно назвать коллоидной жидкостью [2].

Регуляция выделения жёлчи осуществляется вегетативной нервной системой и гуморальными факторами - кишечными нейропептидами. Раздражение парасимпатических нервов (блуждающего нерва) приводит к сокращению желчного пузыря и расслаблению сфинктера Одди - в результате желчь начинает выделяться в 12-перстную кишку. Раздражение альфа-адренорецепторов стимулирует моторную функцию внепечёночных жёлчных протоков, усиливает их спазм, раздражение бета-адренорецепторов (преобладающий тип) расслабляет жёлчные пути. Стимуляция симпатических нервных волокон вызывает сокращение сфинктера Одди и снижает тонус стенок желчного пузыря – желчь не покидает желчный пузырь. В этот период жёлчный пузырь совершает энергичные

ритмические и тонические сокращения. Выходу жёлчи способствует сокращение стенок жёлчного пузыря и одновременное расслабление сфинктера Одди. В фазу расслабления пузыря сфинктер закрывается и выделение жёлчи прекращается [3].

Холецистокинин – кишечный нейропептид - (панкреозимин) вызывает сокращение жёлчного пузыря (большие дозы тормозят его моторику), расслабление сфинктера Одди и выход жёлчи в двенадцатиперстную кишку. Гастрин, секретин, глюкагон также оказывают стимулирующее действие, но оно менее выражено, чем у холецистокинина. Нейротензин, вазоинтестинальный полипептид, энкефалины, ангиотензин препятствуют сокращению жёлчного пузыря.

Депонирование большого объема желчи в желчном пузыре (ЖП) отмечается в нескольких случаях: ночью, натощак, на фоне голода, при атонии ЖП. Физиологическая роль желчи многообразна и заключается в эмульгации жиров, стимулировании всасывания триглицеридов, формировании хиломикрон и мицелл, активизация липазы, усилении моторики в тонком кишечнике, инактивации пепсина в дуоденум, санации кишечной флоры, стимуляции пролиферации и слущивания энтероцитов, усилении гидролиза и всасывания углеводов и белков, стимуляции образования и выведения желчи, регуляции процессов желчеобмена, экскреции лекарственных, токсических веществ, ядов, стимуляции секреции слизи в кишечнике, нейтрализации соляной кислоты, пепсина, усилении всасывания витаминов А, Д, Е, К, повышении перистальтики кишечника, усилении тонуса кишки [4].

Гепатобилиарная система, к которой относятся сама печень, желчные протоки и желчный пузырь, вовлечена во многие процессы жизнедеятельности организма. Ее повреждения вызывают серьезные нарушения метаболизма, иммунного ответа, детоксикации и антимикробной защиты. Учитывая, что именно в печени непрерывно происходит образование жёлчи, согласованное взаимодействие структур печени и желчных путей обуславливает общие подходы к диагностике и терапии гепатобилиарной патологии.

Термин «печень» происходит от слова «печь», т.к. печень обладает самой высокой температурой из всех органов. Это связано с тем, что в печени на единицу массы происходит самое большое количество образования энергии. До 20% массы печеночной клетки занимают митохондрии – «силовые станции» клетки, которые непрерывно образуют АТФ, распределяющуюся по всему

организму. Общеизвестное определение «печень – главный фильтр нашего организма», оправдано и содержательно [5].

Основными функциями печени являются следующие:

– дополнительная переработка ряда пищевых веществ, поступающих в печень из кишечника.

– участвует во всех важнейших биохимических процессах, связанных с межклеточным обменом в организме.

– печень дополняет гемолитическую функцию селезенки и других отделов ретикулоэндотелиального аппарата (частью которого являются купферовские клетки) и завершает ее в виде желчеотделения.

Обезвреживание веществ в печени заключается в их химической модификации, которая обычно включает две фазы:

1. В первой фазе вещество подвергается окислению (отсоединению электронов), восстановлению (присоединению электронов) или гидролизу (разложение при взаимодействии с водой).
2. Во второй фазе ко вновь образованным активным химическим группам присоединяется какое-либо вещество.

Такие реакции именуются реакциями конъюгации, а процесс присоединения — конъюгированием. Как правило, в качестве присоединяемых веществ выступают глюкуроновая кислота, серная кислота, глицин, глутамин, ацетилат. Во всех реакциях, направленных на обезвреживание (в том числе и при окислении алкоголя), используются кофермент NADP (НАДФ, никотинамид-адениндинуклеотид фосфат) и молекулярный кислород. Ключевыми видами реакций, направленных на обезвреживание/инактивацию, являются гидроксилирование (присоединение OH-группы), эпоксидирование (присоединение одного атома кислорода одновременно к двум соседним атомам углерода в углеводородной цепочке), сульфокисление (присоединение кислорода к атому серы в молекуле), дезалкилирование (замена СН₃-группы на водород), и восстановление нитросоединений (замена атомов кислорода из связи с азотом на водород) [6].

Заболевания печени, желчного пузыря, желчевыводящих путей начали распознавать по признакам и течению лишь в XIX веке. Вскоре было установлено, что именно при этих заболеваниях карловарское лечение действует весьма благоприятно, так как в то время отсутствовало иное эффективное лечение. В то время еще не представлялось возможным с достаточной определенностью отличить нарушения воспалительные от невоспалительных, с камнями или без них.

Только на рубеже XIX и XX столетий с открытием рентгеновской диагностики стало возможным увидеть контрастные, т.е. кальцифицированные желчные камни. Перед второй мировой войной доктор Й.Силлаба (J.Syllaba) после трехкратного проведения карловарского лечения и последующего шестилетнего наблюдения за больными желчекаменной болезнью описал результаты и отметил полное исчезновение жалоб у 42% пациентов, а лечебный успех лишь у 16% [7].

Патология печени не вирусной этиологии и билиарной системы диагностируется у детей разного возраста. Наибольший пик заболеваемости дисфункциональными расстройствами желчевыделительной системы приходится на школьный возраст, когда меняется

режим и рацион питания, увеличиваются психоэмоциональные и физические нагрузки, происходят физиологические процессы роста и перестройки гормональной системы организма. В этот период педиатрами и врачами общей практики диагностируются так называемые дискинезии желчевыводящих путей (ДЖВП), реже выявляются холециститы и холецистохолангиты. После внедрения в диагностическую практику УЗИ стали достаточно частыми у детей такие состояния, как ДЖВП, реактивные гепатиты, реактивные панкреатиты и т.п. изменения, чаще всего не сопровождающиеся типичной клинической картиной воспаления. Тем не менее, после проведения дополнительного углубленного обследования, детального сбора жалоб, у половины детей удается обнаружить симптомокомплекс функциональных нарушений со стороны желудочно-кишечного тракта, который так же требует соответствующего терапевтического внимания и профилактики осложнений. Поэтому основная группа пациентов с гепатобилиарной системой – это дети всех периодов школьного возраста.

Для болезни гепатобилиарной системы характерны специфические и неспецифические, объективные и необъективные проявления. Например, слабость и повышенная утомляемость, связанные с интоксикацией, когда печень не выполняет свою дезинтоксикационную функцию. При нарушении проходимости желчевыводящих путей происходит обратное всасывание из желчи ее компонентов, что также приводит к интоксикации. Слабость и повышенная утомляемость при болезни печени возникают еще из-за нарушений белкового, углеводного, витаминного обмена.

Наиболее специфическими симптомами болезней гепатобилиарного тракта являются:

- нарушение пищеварения (диспепсия);
- абдоминальная боль;
- гипертермия при обострении;
- изменение цвета кожных покровов (ксантомы, сосудистые звездочки, нарушения пигментации, желтуха);
- асцит;
- расширение вен на животе;
- печеночный запах изо рта (запах ацетона);

Диагностика заболеваний гепатобилиарной системы у детей и подростков, так же как и у взрослых, включает активное обращение пациентов к врачу с характерными жалобами и пассивное выявление заболеваний при диспансеризации или обследованию по поводу других патологий, так как некоторые нозологические формы поражения печени, желчевыводящих путей и желчного пузыря носят латентный характер. В связи с этим подходы к диагностике гепатобилиарной патологии при активном и пассивном выявлении имеют ряд отличительных особенностей [6].

Основной вопрос «Как заподозрить нарушение желчеотделения?» В большинстве случаев болезни желчевыводящих путей имеют характерный симптомокомплекс. Во-первых, это диспепсические симптомы (тошнота, тяжесть в правом подреберье, редко рвота после пищевой провокации), далее следуют боли в подложечной области и правом подреберье, которые, как правило, имеют отчетливую связь с

приемом жирной и жареной пищи, копченостей. Эта связь объясняется тем, что компоненты жирной пищи и вещества, образующиеся в процессе жарки или копчения, оказывают наиболее сильное стимулирующее действие на сократительную активность желчного пузыря. Боли в животе, возникающие натощак, для болезней желчевыводящей системы совершенно не характерны [7].

В случае желчекаменной болезни появление боли может провоцироваться тряской ездой или резкими движениями, которые приводят к перемещению камней. В таких случаях развиваются приступы желчной колики - интенсивной спастической боли, при которой пациент мечется в безрезультатных попытках найти облегчающее положение. Разрешению спазмов способствует местное применение тепла и введение спазмолитиков [8].

При приступе желчной колики характерно появление «отраженной, иррадиирующей» боли в правой половине грудной клетки, правом плече, правой лопатке. Также для болезней желчевыводящей системы характерны такие симптомы как вздутие живота, избыточное выделение газов, горечь во рту. Также как боли, эти проявления, как правило, имеют тесную связь с употреблением жирной пищи, копченостей. Избыточное образование газов происходит вследствие недостаточного поступления желчи в момент пищеварения, ведь в норме желчь выполняет роль «пеногасителя» и препятствует накоплению газов в кишечнике. Горечь во рту по утрам появляется из-за нарушений двигательной активности пищеварительного тракта и «обратного заброса» желчи из 12-перстной кишки в пищевод и полость рта, чему способствует горизонтальное положение тела в ночное время [9].

Программа диагностики заболеваний гепатобилиарной системы включает [5]:

а. программу минимум (начальные исследования):

1. Общий анализ крови, включая определение тромбоцитов.
2. Биохимия печени: билирубин общий и прямой, АлТ, АсТ, - тимоловая проба, общий белок и белковые фракции
3. УЗИ печени, желчных путей и селезенки (возможно с доплерографией)

Примечание: если при реализации программы минимум изменений не выявлено, дальнейшее обследование, включенное в программу максимум, не проводится. В современных поликлиниках и стационарах ранее перечисленные методы могут быть вполне достаточными для постановки диагноза и старта терапии. Если обнаружены незначительные отклонения от нормы, или единичные параметры не совпадают с физиологическими показателями, то следует тщательно проанализировать анамнез, клинические данные и выбрать те методы исследования, которые будут направлены на диагностику причин и особенностей течения заболевания.

б. программу максимум (уточняющие методы исследования):

4. холецистография, холангиография
5. компьютерная томография органов брюшной полости, МРТ
6. ИФА-диагностика специфических антигенов и антител в крови:

- HBsAg (поверхностный антиген вируса гепатита В); HBeAg (внутренний антиген вируса гепатита В); HBcAg (ядерный антиген вируса гепатита В)

- анти-HBs (антитела к поверхностному вирусу гепатита В); анти-HBc IgM и IgG (антитела к ядерному антигену вируса гепатита В); анти-HBe (антитела к внутреннему антигену вируса гепатита В); D-Ag (антиген вируса гепатита D - дельта-инфекции); анти-D IgM и IgG (антитела к вирусу гепатита D); анти-HCV IgM и IgG (антитела к вирусу гепатита С); анти-HAV IgM и IgG (антитела к вирусу гепатита А); анти-HEV IgM и IgG (антитела к вирусу гепатита Е)

7. ПЦР-диагностика (кровь):

- ДНК HBV (количественное определение уровня ДНК вируса гепатита В)

- РНК HDV (количественное определение уровня РНК вируса гепатита дельта)

- РНК HCV (количественное определение РНК вируса гепатита С)

8. Биопсия (пункция) печени с морфологическим исследованием (по показаниям с целью диагностики цирроза печени, онкозаболевания).

Тактика ведения пациента с хроническим заболеванием печени и желчевыводящих путей заключается в соблюдении режима питания с правильным соотношением белков, жиров, углеводов и витаминов. Базисное лечение включает противовоспалительные, желчегонные и гепатопротекторные средства [9].

Больным в период вне обострения рекомендуется соблюдение диеты №5. Правильное сбалансированное питание согласно диете позволяет восстановить нарушенные функции больного органа, улучшить процесс желчеотделения и состояние желчи.

Основные принципы питания при хронических заболеваниях печени и желчных путей заключаются в следующем:

- наличие в рационе больного легкоусвояемого белка;
- количество жиров должно определяться индивидуально, основываясь на состоянии пациента;
- содержание углеводов в пище не должно превышать физиологическую норму, а для полных людей - снижено;
- пища должна быть подвергнута тщательной кулинарной обработке, что позволяет максимально щадящее отношение к больному органу;
- рекомендуется частое принятие пищи, но небольшими порциями, что способствует лучшему ее усвоению;
- включение в рацион питания больного продуктов содержащих клетчатку.

В зависимости от ведущего механизма действия желчегонные средства делят на две подгруппы: средства, усиливающие образование желчи и желчных кислот (Choleretica, Cholesecretica), и средства, способствующие ее выделению из желчного пузыря в двенадцатиперстную кишку (Cholagoga, или Cholekinetica). Это деление является достаточно условным, т.к. большинство желчегонных средств одновременно и усиливает секрецию желчи, и облегчает ее поступление в кишечник [10].

Механизм действия холеретиков обусловлен рефлексами со слизистой оболочки кишечника (особенно при применении препаратов, содержащих желчь, желчные кислоты, эфирные масла), а также их

влиянием на экзосекрецию печени. Они увеличивают количество секретируемой желчи и содержание в ней холатов, повышают осмотический градиент между желчью и кровью, что усиливает фильтрацию в желчные капилляры воды и электролитов, ускоряют ток желчи по желчным путям, снижают возможность выпадения в осадок холестерина, то есть предупреждают образование желчных камней, усиливают переваривающую и двигательную активность тонкого кишечника.

Препараты, способствующие выделению желчи, могут действовать, стимулируя сокращения желчного пузыря (холекинетики), либо расслабляя мускулатуру желчных путей и сфинктера Одди (холеспазмолитики).

Особая группа лекарственных средств – гепатопротекторы - должны отвечать следующим требованиям [11]:

А. снизить повреждающее действие токсинов любого происхождения, различных метаболитов, на печень и желчевыводящие пути;

Б. улучшить условия для восстановления повреждённых и замещения погибших печёночных клеток;

В. улучшить условия для переработки токсинов и метаболитов.

К гепатопротекторам относят средства, повышающие устойчивость (способствующие восстановлению) печени к патологическим воздействиям и различным повреждениям, усиливающие ее обезвреживающие функции путем повышения активности ферментных систем - монооксигеназной (цитохрома P450 и других микросомальных энзимов) и др.

Биохимический механизм непосредственного защитного действия большинства гепатопротекторов еще полностью не выяснен, но известно, что он включает следующие эффекты [12]:

– мембраностабилизирующий (повышение активности и текучести мембран, уменьшение плотности в мозаичной модели мембран фосфолипидных элементов и нормализация их проницаемости, активация фосфолипидзависимых ферментов);

– антиоксидантный (ингибирование перекисного окисления липидов (в частности, малонового диальдегида и супероксиддисмутазы), уменьшение доступа кислорода в клетку и снижение скорости синтеза свободных радикалов);

– антифибротический и регенераторный (повышение синтеза рибонуклеиновой кислоты и белка клетками);

– гиполлипидемический (преобразуя нейтральные жиры и холестерин в легкометаболизирующиеся формы путем повышения активности липопротеин-липазы, усиления внутрисосудистого расщепления хиломикрон и липопротеидов очень низкой плотности, активации лецитин-холестерин-ацилтрансферазы, фермента этерификации холестерина липопротеидов высокой плотности) и гипогликемический (нормализация функции инсулинорецепторов).

Наиболее эффективными в качестве гепатопротекторов являются препараты, содержащие эссенциальные фосфолипиды [13]. Их действие основано на том, что все клеточные мембраны имеют практически одинаковое строение, т.е. на более чем 80% состоят из фосфолипидов. Так же фосфолипиды участвуют в процессах молекулярного транспорта, в делении и

дифференцировке клеток, стимулируют активность различных ферментных систем.

Установлено, что повреждение мембраны гепатоцитов происходит при любом повреждении печени, поэтому укрепление клеточной мембраны гепатоцита путем поставки извне «строительного материала» (фосфолипидов), всегда является актуальным. Фосфолипиды (или фосфоглицериды) относятся к классу высокоспециализированных липидов и представляют собой сложные эфиры глицерофосфорной кислоты.

Функции фосфолипидов:

- поддержание нормальной текучести и репарации клеточных мембран,

- антиоксидантное действие,

- защита митохондриальных и микросомальных ферментов от повреждения,

- замедление синтеза коллагена и повышение активности коллагеназы.

Эти механизмы лежат в основе их физиологического антифибротического эффекта. Как показывают некоторые исследования, данная группа препаратов улучшает биохимические показатели, общее самочувствие больных. Преимущество при лечении какой-либо патологии следует отдавать препаратам с доказанной эффективностью и безопасностью. В отличие от других гепатопротекторов в отношении эффективности эссенциальных фосфолипидов имеется достаточная доказательная база [10].

Использование эссенциальных фосфолипидов начинают как можно раньше, при первых клинических проявлениях заболевания, изменении лабораторных критериев и/или при появлении первых ультразвуковых признаков, сочетающихся с анамнестическими и субъективными данными. Гепатопротекторы применяют как основной метод терапии, так и как вспомогательное средство в комплексном лечении кожных заболеваний. В этом плане интерес вызывает препарат Эссливер Н, действие которого направлено на регуляцию проницаемости биомембран, активность мембраносвязанных ферментов, обеспечение физиологической нормы процессов окислительного фосфорилирования в клеточном метаболизме. Эссенциальные липиды, содержащиеся в препарате потенцируют восстановление мембран гепатоцитов путем структурной регенерации и методом конкурентного ингибирования перекисных процессов [14]. Ненасыщенные жирные кислоты, встраиваясь в биомембраны, принимают на себя токсикогенные воздействия вместо мембранных липидов печени и нормализуют функцию печени, повышают ее дезинтоксикационную роль.

Нозологическая классификация (МКБ-10) заболеваний, при которых показано применение препаратов, содержащих эссенциальные фосфолипиды:

- V19 Вирусный гепатит неуточненный
- K70 Алкогольная болезнь печени
- K71 Токсическое поражение печени
- K72.9 Печеночная недостаточность неуточненная
- K74 Фиброз и цирроз печени
- K76.0 Жировая дегенерация печени, не классифицированная в других рубриках
- L40 Псориаз

- T40 Отравление наркотиками и психодислептиками [галлюциногенами]
- T50 Отравление диуретиками и другими неутонченными лекарственными средствами, медикаментами и биологическими веществами
- T51 Токсическое действие алкоголя
- Z51.0 Курс радиотерапии
- Z51.1 Химиотерапия по поводу новообразования
- Z58.4 Воздействие радиационного загрязнения

Эссенциальные фосфолипиды применяются в комплексной терапии кожных заболеваний (псориаз, atopический дерматит, юношеские угри, экзема и др.). Было изучено влияние гепатопротектора на липидный спектр и систему глутатиона у пациентов с хроническим некалькулезным холециститом (ХНХ) и постхолецистэктомическим синдромом (ПХЭС). В результате выявлено значимое снижение уровней холестерина и липопротеидов низкой и очень низкой плотности в сыворотке крови, восстановленного глутатиона и активности глутатионредуктазы в плазме крови и увеличение их в эритроцитах: при ХНХ – содержания восстановленного глутатиона и активности глутатионпероксидазы, при ПХЭС – концентрации восстановленного глутатиона. Указанные обстоятельства свидетельствуют, вероятно, о снижении проницаемости мембран и повышении активности системы антиоксидативной защиты организма [15]. После применения в лечении препарата, содержащего эссенциальные фосфолипиды, у больных ХНХ возрос объемный кровоток в воротной вене. При приеме препарата побочных реакций не обнаружено. В литературе описано проведенное сравнительное многоцентровое исследование эффективности эссенциальных фосфолипидов у больных с алкогольной болезнью печени в стадии жировой дистрофии и гепатита. Выявлены статистически и клинически значимое снижение выраженности астено-вегетативного синдрома, нормализация уровня АЛТ, АСТ, альбумина, гаммаглутаминтранспелтидазы, глобулинов, общего

белка, протромбина и щелочной фосфатазы и улучшение ультразвуковой картины (уменьшение размеров печени, снижение ее экзогенности и высоты «столба затухания звука» в печени). Также наблюдалась статистически значимая положительная динамика для глюкозы, общего билирубина и непрямой фракции билирубина, амилазы; отмечено восстановление белково-синтетической функции печени и синтеза факторов свертывания крови. Отмечено значимое улучшение оценок качества жизни и высокая клиническая эффективность эссенциального гепатопротектора [16].

Для оптимизации лечения большинства патологических состояний, протекающих с возможным дефицитом, нарушением синтеза или транспорта эссенциальных фосфолипидов, возникает необходимость во включении в состав комплексной терапии готовых препаратов, содержащих фосфолипиды. Показана эффективность препаратов, содержащих эссенциальные фосфолипиды в неврологии (при тардивных дискинезиях, болезни Альцгеймера), для снятия физического утомления, психоэмоционального напряжения, в осметологии, дерматологии (лечение псориаза) и др. [17] Минимальный курс приема гепатопротекторного препарата 2 месяца. В зависимости от тяжести течения заболевания прием гепатопротектора может быть продлен или проведен повторно. При лечении псориаза такие препараты применяют в качестве средства вспомогательной терапии. В педиатрической практике так же применяется гепатопротективное лечение эссенциальными фосфолипидами, начиная с 4-х летнего возраста. Таким образом, лечение и профилактика рецидивов болезней гепатобилиарной системы является актуальной проблемой для терапевтов и педиатров. Обоснованное применение гепатопротективных препаратов у детей, начиная с 6-ти летнего возраста, является одним из современных методов коррекции функциональных и органических нарушений, обладает этиопатогенетическим механизмом действия.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Ивашкин В.Т. Болезни печени и желчевыводящих путей: Руководство для врачей. – М.: Издат. дом «М-Вести», 2005. – 536 с.
- 2 Ильченко А.А. Заболевания желчного пузыря и желчных путей. – М.: Анахарсис, 2006. – 448 с.
- 3 В. Т. Ивашкина Болезни печени и желчевыводящих путей: Руководство для врачей. - М.: ООО "Издат. дом "М-Вести". 2002. - 416с.
- 4 Шерлок Ш., Дули Дж. Заболевания печени и желчных путей: Практ. рук.: Пер. с англ. / Под ред. З. Т. Апросиной, Н. А. Мухина. - М.: Гэотар Медицина. - 1999. - 864 с.
- 5 Григорьев П. Я., Яковенко А. В. Клиническая гастроэнтерология. - М.: МИА, 2001. – 693 с.
- 6 МакНелли П. Р. Секреты гастроэнтерологии / Пер. с англ. - М., СПб.: ЗАО "Издательство БИНОМ", "Невский Диалект", 1998. – 1023 с.
- 7 Kuntz E., Kuntz H-D. Hepatology, Principles and practice: history, morphology, biochemistry, diagnostics, clinic, therapy. - Berlin Heidelberg New York Springer. – Verlag. - 2000. – 825p.
- 8 Яковенко Э. П. Внутрпеченочный холестаза - от патогенеза к лечению // Практикующий врач. - 1998. - Т. 2. - № 13. - С. 20-24.
- 9 Мубаракшина О.А. Гепатопротекторы: сравнительная характеристика и аспекты клинического использования // Медицинский вестник. - 2008. – № 34.
- 10 Ткач С.М. Эффективность и безопасность гепатопротекторов с точки зрения доказательной медицины // Здоровье Украины. - 2009. – №6 – С. 7–10.

- 11 Буеверов А.О. Место гепатопротекторов в лечении заболеваний печени // Болезни органов пищеварения. – 2001. - № 1. – С. 16–18.
- 12 Никитин И.Г. Гепатопротекторы: мифы и реальные возможности // Фарматека. – 2007. – №13 (147). – С. 14–18.
- 13 Шульпекова Ю.О. Препараты растительного происхождения в лечении заболеваний печени / Ю.О. Шульпекова // Русский медицинский журнал. – 2006. – Т. 14. – № 4. – С. 337-340.
- 14 Schuppan D, et al. Herbal products for liver diseases: a therapeutic challenge for the new millennium. J Hepatol. - 2000. -30. –P. 1099–104.
- 15 Арифиллина З.А., Бунятян Н.Д., Кузнецов А.С. Дженирики – реальная альтернатива оригинальным лекарственным препаратам «Фармация» 2002 г. - №1. - С.25–30.
- 16 Сергеева С.А., Озерова И.Н.. Сравнительный анализ фосфолипидного состава препаратов Эссенциале форте и Эссливер. «Фармация» 2001 г. - №3. - С.32–33.
- 17 Афанасьев В.В., Лукьянова И.Ю., Климанцев С.А. Роль эссенциальных фосфолипидов в регуляции функциональных систем // Экспер. и клин. гастроэнтерол. - 2007. - № 5.- С.124-135.

С.С. САРСЕНБАЕВА

БАЛАЛАР МЕН ЖАСӨСПІРІМДЕРДІҢ ГЕПАТОБИЛИАРЛЫҚ ЖҮЙЕСІ: АУЫТҚУЛАР ДИАГНОСТИКАСЫ ЖӘНЕ ТЕРАПИЯНЫҢ ОҢТАЙЛЫ ӘДІСТЕРІ (ДӘРІС)

Түйін: Адамның гепатобилиарлық жүйесі - күрделі, көп деңгейлі жүйе, ас қорыту және экскрецияны қамтамасыз ететін барлық бөлімдердің үйлесімді әрекеттесуі. Балалар мен жасөспірімдерде бауыр және өт айдайтын жолдары патологиясының дамуының жоғары жиілігі диагностиканың айрықша жеңілдетілген және хабарландыратын әдістерін құрауды шарттайды. Балалар мен жасөспірімдерде көбінесе қайталанбалы сипатта болатын патологияны емдеу, емдік тағамдарға, холекинетиктерге және гепатопротекторларға қолдануға негізделген.

Түйінді сөздер: бауыр, өт жолдары, балалардың гепатобилиарлық жүйесі, гепатопротекторлар, өт айдайтын құралдар.

S.S. SARSENBAYEVA

HEPATOBIILIARY SYSTEM OF CHILDREN AND TEENAGERS: DIAGNOSTICS OF VIOLATIONS AND OPTIMUM METHODS OF THERAPY (LECTURE)

Resume: Hepatobiliary system of the person is a difficult, multilevel system where harmonious interaction of its parts provides digestion and excretion. High frequency of development of pathology of a liver and bile passages of children and teenagers cause development of the most informative and sparing methods of diagnostics. Treatment of pathology of children and the teenagers, in most cases having secondary character, is based on using of medical foods, hole kinetics and hepatoprotectors.

Keywords: liver, bilious ways, hepatobiliary system of children, hepatoprotector, bile passages

УДК 61:796/799. ВАК 14.00.00, 13.00.04.

Г.П. КАСЫМОВА

Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова

**СОСТОЯНИЕ СЕКСУАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ И ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСА
ДЕЙСТВУЮЩИХ СПОРТСМЕНОВ**

Использование современных информативных методов исследования и разработанных клиничко-гормональных критериев позволяют оптимизировать реабилитационные мероприятия среди действующих спортсменов. В свою очередь, тренировочно-соревновательные нагрузки следует рассматривать как состояние постоянного психо-эмоционального напряжения, способствующего дезорганизации регулярных механизмов гормональной системы и обуславливающую гиперандрогению.

При этом, врачебный контроль за состоянием здоровья спортсменов и медицинское обеспечение тренировочных занятий, и соревнований является залогом сохранения сексуального здоровья действующих спортсменов

Результаты многочисленных отечественных и зарубежных исследований раскрывают проблему своевременной коррекции функций гонад у спортсменок всех возрастных групп. Важность данной проблемы обусловлена тем, что возникшие в пре- и пубертатном периоде нарушения менструальной функции зачастую остаются и в репродуктивном периоде. В то же время предупреждение, своевременное выявление и лечение заболеваний половой системы у юных спортсменок – будущих матерей является одним из эффективных средств ранней профилактики акушерской и гинекологической патологии и у их потомства [1-3].

При изучении частоты осложнений беременности у спортсменок различных специализаций, нами выявлена наименьшая частота осложнений беременности среди представительниц игровых видов спорта – волейбол, баскетбол, гандбол (33,3%), хоккеисток и футболисток (38,6%).

Вместе с тем, у более половины женщин, занимающихся гимнастикой (55,2%) и плаванием (52,2%) также отмечены осложнения беременности. Осложнения беременности у легкоатлеток составляют 48,6%, дзюдоисток и самбисток – 40,8%. В целом, в каждой из указанных специализаций частота осложнений беременности несколько ниже, чем в группе женщин, не занимающихся спортом (77,0%).

Токсикозы I и II половины беременности у спортсменок по отдельным специализациям выявлены меньше, чем у не спортсменок. Однако, высокая частота токсикозов I половины беременности имеет место у женщин, занимающихся плаванием (17,9%), хоккеем, футболом (16,4%), легкой атлетикой (16,1%), гимнастикой (16,0%). У спортсменок чаще имеют место токсикозы I половины. Токсикозы I и II половины беременности чаще встречаются у не спортсменок, чем у представительниц различных спортивных специализаций. Частота токсикозов во II половине беременности по отдельным видам спорта составляет от 3,9% до 6,0%. Причем частота токсикозов во II половине беременности по сравнению с частотой токсикозов I половины сократилась по спортивным специализациям следующим образом: в легкой атлетике – в 2,7 раза, в плавании – 4,4 раза, в игровых видах спорта (волейбол, баскетбол, гандбол) – в 2,6 раза, в гимнастике – в 3,5 раз, в дзюдо, самбо – 3,9 и в хоккее, футболе – в 5,8 раз.

Угроза выкидыша характерна для гимнасток (23,3%), пловчих (19,7%) и легкоатлеток (17,1%). Очевидно данный факт объясняется тем, что спортсменки продолжают

тренировочные занятия и участвуют в соревнованиях, имея беременность, и не ставя в известность тренеров или желают участвовать в ответственных соревнованиях, к которым готовились долгое время.

Следует отметить, что в группе спортсменок также встречаются осложнения беременности, причем наибольшая частота зарегистрирована в таких спортивных специализациях, как гимнастика (55,2%), плавание (52,2%) и легкая атлетика (48,6%). Различия между отдельными спортивными специализациями и контрольной достоверны ($p < 0,05$).

Нами выявлены, что 52,6% спортсменок фертильного возраста страдают первичным бесплодием, нарушение сексуальной функции зарегистрированы у 54,8%.

При исследовании частоты бесплодия у спортсменок различных спортивных специализаций, показан высокий уровень бесплодия среди гимнасток и акробаток (78,5%), пловчих (68,2%). Достаточно высокие показатели бесплодия отмечены среди спортсменок – представительниц игровых видов спорта (54,6%), фигуристок (50,2%), легкоатлеток (43,8%), дзюдоисток, самбисток (37,8%) и хоккеисток, футболисток (35,1%), что значительно выше показателя бесплодия у женщин, не занимающихся спортом в контрольной группе (10,4%), $p < 0,05$.

Среди причин бесплодия выявлены перенесенные воспалительные заболевания половых органов (трубный фактор), эндокринные расстройства и гинекологические заболевания, имеющиеся при обследовании. У не спортсменок ведущей причиной бесплодия явились перенесенные воспалительные заболевания половых органов (40,0%), так же как у женщин, имеющих систематические тренировочные нагрузки по легкой атлетике (48,0%) и плаванию (56,0%). Эндокринная форма расстройств (расстройств овуляции) в большей степени встречались при занятиях женщин художественной и спортивной гимнастикой, акробатикой (48,6%) и фигурным катанием (38,6%). Одновременно с этим, наличие гинекологических заболеваний – одно из ведущих причин бесплодия у спортсменок, занимающихся дзюдо, самбо (47,0%), баскетболом, волейболом, гандболом, хоккеем и футболом (44,0%), $p < 0,05$.

Как высокий уровень бесплодия у спортсменок в целом, так и высокие показатели по отдельным причинам (трубный фактор, эндокринные расстройства и наличие гинекологических заболеваний) отражают негативное влияние систематических физических нагрузок на их

сексуальную функцию. Особенно обращает на себя внимание высокий уровень осложнений беременности – 55,2% и значительный уровень бесплодия – 78,5% среди гимнасток и акробатов.

Вместе с тем, нами выявлено, что наиболее частой патологией в родах среди спортсменок является слабость родовой деятельности (СРД), которая в большей степени отмечается в группе гимнасток и акробатов (26,9%), что позволяет предположить в качестве ведущей причины – узкий таз, встречающийся у 85,7% гимнасток. СРД зарегистрирована у 20,0% баскетболисток, волейболисток и гандболисток. Несколько реже данная патология встречается у женщин, занимающихся дзюдо и самбо (16,6%), хокеем, футболом (15,7%), легкой атлетикой (12,2%), плаванием (8,6%), в то время, как у женщин, не занимающихся спортом данный показатель равен 7,1%.

При изучении сексуального здоровья спортсменок важное значение принадлежит исследованию медико-социальных аспектов аборта. Раннее начало половой жизни больше присуще юным спортсменкам нежели девушкам, не занимающимся спортом, о чем свидетельствует преобладание абортос среди спортсменок (19,0%) по сравнению с не спортсменками (8,5%), $p < 0,05$ в возрасте 14-17 лет. Данному обстоятельству способствует ранний выход спортсменок из-под опеки родителей, проживание в общежитии колледжей спорта, выезды на соревнования. Среди причин абортов в данной возрастной группе преобладают: низкая осведомленность о гигиене половой жизни и незнание методов контрацепции – 63,5% и 72,0%, нежелание иметь ребенка – 30,0% и 21,2%, соответственно, в группе спортсменок и не спортсменок.

Соотношение количества абортов среди взрослых спортсменок и не спортсменок 23-30 лет соответствует 27,4% и 28,7%. В структуре причин абортов имеются почти идентичные факторы: материальное неблагополучие (24,5% и 24,7%), жилищное неустройство (27,8% и 27,9%), нежелание иметь ребенка (14,5% и 20,6%), достаточное количество детей (6,1% и 10,4%). Также следует указать медицинские показания к прерыванию беременности, которые в группе не спортсменок составили 7,5%, а в группе спортсменок – 8,5%, то есть при анализе причин абортов выявлена закономерность влияния систематических занятий спортом на генеративную функцию спортсменок, в частности, на невозможность иметь детей в большей степени, чем не спортсменки.

Значительная роль в генезе патологических состояний у спортсменок (бесплодие, своеобразный характер осложнений беременности, нарушение сексуальной функции) принадлежит гормональным расстройствам, которые встречаются у женщин с данной патологией в 23,0%-71,4% случаев. Среди гормональных причин нарушений репродуктивной функции важная роль принадлежит гиперандрогении – патологическому состоянию, обусловленному изменением биосинтеза, секреции и метаболизма андрогенов в организме женщины. Частота восстановления генеративной функции при гиперандрогении остается низкой и не превышает 40,0% среди бесплодных женщин [4].

Вместе с тем, нами при проведении гинекологического обследования помимо исследования гормонов 17-КС (17-кетостероиды), Т (тестостерон), 17-ОП (17-Л-гидроксипрогестерона), концентрации ЛГ (лютеинизирующего гормона), пролактина и ДЭА (дегидроэпиандростерона), свидетельствующих о

количестве и качестве андрогенов в организме, определен характер оволосения на избирательных участках тела женщин, нередко сопутствующих гиперандрогении и являющееся дополнительным признаком развития метаболических нарушений. В связи с этим, было обращено внимание на время появления избыточного оволосения (до или после менархе), характер оволосения, подсчет гирсутного числа, характеризующего степень оволосения, по шкале Ферримана-Голлвея, которая учитывает локализацию оволосения в 11 областях тела и степень ее выраженности в каждой области с оценкой в баллах от 0 до 4. Определение степени оволосения по шкале Ферримана-Голлвея предусматривает оценку в 11 областях тела, а именно на 1) верхней губе; 2) подбородке; 3) груди; 4) верхней половине спины; 5) нижней половине спины; 6) верхней половине живота; 7) нижней половине живота; 8) плеч; 9) предплечье; 10) бедре; 11) голени. Определение гирсутного числа проводили по сумме степеней оволосения в указанных областях тела. Мы придерживались общепринятых критериев роста волос на избирательных участках тела здоровых, фертильных женщин при норме 1-7 баллов по шкале Ферримана-Голлвея, показатели от 8 до 12 признаны как пограничное оволосение между нормальным и избыточным и свыше 12 – гиперандрогенным.

Ценную информацию о наличии метаболических нарушений, в частности, о повышении уровня андрогенов, могут дать величина соотношений показателей роста и массы тела – индекс массы тела (ИМТ), вычисляемому как отношение массы тела (в килограммах) к длине тела (в метрах), возведенный в квадрат.

В норме для женщин репродуктивного возраста ИМТ находится в пределах 20-26. ИМТ, равный 26-30 свидетельствует о риске возникновения метаболических нарушений.

При обследовании 130 высококвалифицированных спортсменок в возрасте 23-30 лет, нами обнаружено повышенное гирсутное число у 10,0%, высокий индекс массы тела зарегистрирован только у 3,1%. Повышение уровня трех из шести гормонов: 17-кетостероиды, тестостерон, 17-Л-гидроксипрогестерон, лютеинизирующего гормона, пролактина и дегидроэпиандростерона позволило обнаружить гиперандрогению у 71,9% спортсменок. В структуре отдельных специализаций наибольшее количество спортсменок с гиперандрогенией зарегистрированы среди хоккеисток и футболисток (26,2%), далее повышенный уровень андрогении наблюдается у дзюдоисток, самбисток (20,2%), гимнасток, акробатов (13,9%), пловчих (9,2%), волейболисток, баскетболисток, гандболисток (6,7%), легкоатлеток (5,7%), и на представительниц других видов спорта приходится 18,1%. Наибольшие показатели гиперандрогении отмечены в «мужских» видах спорта, где наиболее выражена маскулинизация фенотипа. Современный спорт характеризуется вовлечением в занятия спортом девочек и девушек, обладающих незаурядной природной силой и выносливостью. В их число, как показывает практика последних десятилетий, могут попадать и лица с женским фенотипом, но генетический пол которых – мужской. Участие таких лиц в соревнованиях по группам женщин противоречит спортивной этике. Все это создало необходимость контроля половой принадлежности (секс-контроля). Секс-контроль с помощью медико-генетической консультации целесообразно проводить уже при первичном диспансерном обследовании.

Использование современных информативных методов исследования и разработанных клинико-гормональных критериев позволяют оптимизировать реабилитационные мероприятия среди действующих спортсменов. В свою очередь, тренировочно-соревновательные нагрузки следует рассматривать как состояние постоянного психо-эмоционального напряжения, способствующего

дезорганизации регулярных механизмов гормональной системы и обуславливающую гиперандрогению.

При этом, врачебный контроль за состоянием здоровья спортсменов и медицинское обеспечение тренировочных занятий, и соревнований является залогом сохранения сексуального здоровья действующих спортсменов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Beals K.A., Hill A.K. The prevalence of disordered eating, menstrual dysfunction, and low bone mineral density among US collegiate athletes // *Int. J. Sport. Nutr. Exerc. Metab.* – 2006. – Vol. 16. – P. 1-23.
- 2 Castelo-Branco C, Reina F, Montivero A.D, Colodron M., Vanrell J.A. Influence of high-intensity training and of dietetic and anthropometric factors on menstrual cycle disorders in ballet dancers // *Gynecol. Endocrinol.* – 2006. – Vol. 22. – P. 31-35.
- 3 Klentrou P., Ply ley M. Onset of puberty, menstrual frequency, and body fat in elite rhythmic gymnasts compared with normal controls // *Br. J. Sports Med.* – 2003. – Vol. 37. – P. 490-494.
- 4 Калинина Н. А. Гиперандрогенные нарушения репродуктивной системы у спортсменок: автореф. дис. . д-ра мед. наук. – М.: 2004. - 46 с.

Г.П. КАСЫМОВА

СПОРТСМЕНДЕРДІҢ ГОРМОНАЛЬДЫҚ СТАТУСЫ МЕН СЕКСУАЛЬДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ ЖАҒДАЙЫ

Түйін: Заманауи ақпараттық зерттеу әдістері мен клиникалық-гормональдық критерилерді қолдану спортсмендер арасында қайта қалпына келтіру шараларын оңтайландыруға мүмкіндік береді. Өз кезегінде, жаттығушылық-сайыстық жүктемелерді, гиперандрогенияны сабақтатушы және гормоналдық жүйенің тұрақты механизмдерін бәсеңдетуге ықпал ететін тұрақты психо-эмоциональдық күштеме ретінде қарастыру керек.

Сонымен, спортсмендердің денсаулық жағдайын дәрігерлік бақылау және жаттығу сабақтары мен жарыстарды медициналық қамтамасыз ету спортсмендердің сексуальдық денсаулығын сақтаудың бірден-бір кепілі болып табылады.

G. P. KASYMOVA

CONDITION OF SEXUAL HEALTH AND THE HORMONAL STATUS OF ACTING ATHLETES

Resume: Use of modern informative methods of research and the developed clinic and hormonal criteria allow to optimize rehabilitation actions among acting athletes. In turn, training and competitive loadings should be considered as a condition constant psycho and emotional pressure promoting disorganization of regular mechanisms of hormonal system and causing giperandrogeniya. Thus, medical control of health of athletes and medical ensuring training occupations, and competitions is pledge of preservation of sexual health of acting athletes.

А.Н. ХОВДАШ

С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті
Нейрохирургия кафедрасы

**ЖАБЫҚ БАС-МИ ЖАРАҚАТЫНДАҒЫ КЕШЕНДІ ТЕРАПИЯНЫҢ ҚҰРЫЛЫМЫНА
«ЛИПОСОМ - ФОРТЕ» ПРЕПАРАТЫН ҚОЛДАНУ**

Кіріспе. Жеңіл жарақаттар бас-ми жарақаттарының 80%-дан астамын құрайды. Мұндай жарақаттарға бас мидың шайқалуымен жеңіл дәрежедегі бас мидың зақымдалуы жатады. Жеңіл БМЖ соң көбінесе өлім көрсеткіші минимальды жағдайда байқалады, дегенмен науқас өмірінің сапасын төмендететін әртүрлі вариаттағы неврологиялық бұзылыстар дамитын зақымданушылардың еңбекке қабілеттігіне әсер етеді. Жедел және аралық кезеңінде жүргізілген жарақаттарға қарсы жасалған медициналық шаралар ОЖЖ қызметін толық және жылдам қалпына келтіруде үлкен маңызға ие. Гипоталамикалық метаболизм бұзылысы БМЖ-ның ағымын, ауырлығын және соңын анықтауда негізгі фактор болып табылады. Негізінен бұл дофамин мен аденилат-циклазаның ролінің төмендегенін көрсетеді. Бұл үрдістің негізгі патофизиологиялық эффекті болып гипоталамус-гипофиз жүйесінің дисфункциясы жатады. Гипоталамустық дисфункцияның клиникалық аспектідегі көрінісі өзінше қасиеті бойынша және ерекшелігі бойынша түрліше. Сонымен бірге коррекциялық әдістері де түрліше, бірақ өте күрделі клиникалық көріністеріне және анық диагностикалық критерилеріне байланысты олардың эффектісін дәлелдеу қиын. Бұл саладағы ғылыми жұмыстар әр түрлі бағытта жүргізіліп жатыр, әсересе, гипоталамустық-гипофиздік жүйедегі фармакологиялық әдістердің медиаторлық алмасуының белсенділенуі. Клиникада осындай бағытта синтезделген гипоталамикалық фосфолипидтерді қолданады (Липосом форте®).

Мақсаты.

Жеңіл бас-ми жарақаты бар науқастарға инъекциялық формадағы синтезделген гипоталамикалық фосфолипидтерді (Липосом форте®) қолданғанда клиникалық эффектісін бағалау.

Мәліметтер мен әдістер.

Жеңіл БМЖ-ның зерттеу мәліметі ретінде № 7 Алматы қалалық клиникалық ауруханасында стационарда емделіп жатқан 42 науқас болды. Зерттеушілер арасында 35 ер кісі (83,3%) және 18 бен 58 жас арасындағы 7 (16,7%) әйел кісі (орташа жас мөлшері $31,3 \pm 1,2$ жас) болды. Алкогольды масаюмен түскен науқастар зерттеуден шығарылды. Барлық зерттелушілер стандартты медикаментозды терапияны қабылдаған: 1 мг фуросемидті тәулігіне 1 рет 3 күн бойы және кетоналды тәулігіне 2 рет 5-7 күн бойы қолдану және 1 мг винпосанды күніне 1 рет 10 күн бойы көктамыр ішіне енгізу. Зерттелушілер 2 топқа бөлінді. Негізгі топқа (20 науқасқа) бір реттілік көктамыр ішіне инфузия (Липосом форте®) 10 күн бойы енгізілді. Бақылау тобында инфузия жүргізілмеді. Емнің нәтижесін бағалауда жарақаттан соң бірінші, үшінші, жетінші, оныншы тәуліктерде ориентация және Гальверстон амнезиясы бойынша баға берілді.

Бас-мидың компьютерлік томографиясын Philips аппаратында жүргізген. Көп жағдайда стандартты укладка қолданып 4, 8, 10 және 20 мм интервалмен

кесінділер алып параллельно орбитаментальды сызық бойымен 10-15° бұрышпен жүргізген. Philips фирмасының компьютерлік томографиясында бас сүйек дефектісінің үштік трехмерная реконструкциясын орындаған. Бас мидың магнитті-резонансты томографиясын Philips аппаратымен 1,5 теслдік кернеу алаңында түсірген.

Электрэнцефалографияны (ЭЭГ) 16 каналдық «МЕДИКОР» Электрэнцефалографымен жүргізген. Скальпадағы электродтарды халықаралық схема «10-20» бойынша қойған.

Нәтижесі және олардың талқылауы.

Синтезделген гипоталамикалық фосфолипидтерді (Липосом форте®) көктамыр ішіне енгізу жолымен жүргізіледі. Препаратты барлық жағдайда науқастар жақсы көтерді, аллергиялық реакциялар мен идиосинкрзиялық көріністер болмады.

Стационарға түскен науқастардың ес деңгейін Глазго комалық шкаласымен бағалағанда барлық жағдайда 14-15 балға тең келді. Тері жабындысының тегістігінің целостность бұзылысы 16 (38,1%) науқаста байқалды. Тұрмыстық жарақаттар тексерілгендердің 26 (61,9%), көлік жолында 11 (26,2%) және жарақаттың себебі анықталмаған 4 (9,5 %) жағдайда байқалды. Барлық науқасқа міндетті түрде нейровизуализациялық тексеру жүргізілді. Компьютерлік томография (n=36) және МРТ (n=6) тексерісі ми тінінің, қабатының құрылымдық өзгірісін тапты және сонымен қатар аздаған майда контузионды ошақтар 17 (40,4 %) пациентте, ал көптеген ошақтар 5 (11,9 %) науқаста табылды. 19 (45,2%) пациенттің бас миының КТ мен МРТ-де өзгерістер анықталмады. Бас-сүйек ішілік гематомалар түзілуі ешбір жағдайда байқалмады. Бас – ми сүйегінің 16 (38,1 %) науқаста, ал 18 (42,8 %) пациентте бет қаңқасының құрылымының бұзылысы анықталды.

Электрэнцефалографияға барлық тексеріп жатқан науқастарды түсіргенде олардың бас миында биоэлектрикалық активтіліктің әр түрлі дәрежеде өзгергендігі анықталды. Көптеген бақыланушыларда (34-80,9 %) альфа-синхронизация көрінісі тіркелді, гиперсинхронизация 5 (11,9 %) пациентте, баяу белсенділіктегі дизритмия 3 (7,6 %) науқаста байқалды. Липосом форте® препаратымен жүргізілген Емдеу курсына дейінгі және одан кейінгі ЭЭГдегі тексерістің нәтижесі екі зерттеліп жатқан топта ондағы айқын өзгерістің болмағанын көрсетті.

Липосом форте® препаратының эффективтілігін бағалау «жалпы миды» құрайтын синдромдармен белгілі, яғни төрт негізгі бас-ми жарақатының клиникалық симптомдармен жүргізіліп жатыр.

№1 кестеде бақыланып жатқан науқастардың клиникалық симптомдары көрсетілген. Тексеріліп жатқан екі топтағы науқастарда төрт симптом бойынша өзгерістер байқалған. Бастағы ауру сезімі, құсу, ұйқышылдықтың төмендеуі статистикада

дәлелденбеді. Дистальды гипергидроз тәрізді клиникалық көріністің болуы статистикалық дәлелділіктің өзгергенін көрсетті. Сонымен бірге өзгерістердің көрсеткіштері айқын болып көрінді. Алынған нәтижелер Липосом форте® препаратының өсер ету механизімімен тура келеді, яғни гипоталамикалық метаболизм активаторы сияқты.

науқастардың жұмысқа қабілеттілін ұзақ уақытқа төмендететін факторы ретінде белгілі - Жеңіл БМЖ-ның көптеген клиникалық көрінісінің бірі вегетативті дизрегуляция болып табылады. Бұл салада БМЖ өткерген ерте реабилитация кешенін құрайтын науқастар үшін бұл анықталған эффект өте маңызды.

1 кесте - Жедел кезеңдегі жеңіл бас-ми жарақатынан кейінгі көрінген симптомдардың жиілігі, ал екі зерттеліп жатқан топта, бұл әр түрлі мерзімде көрінуі.

Симптомдар	1 тәулік		3 тәулік		7 тәулік		10 тәулік	
	I*	II	I	II	I	II	I	II
Бастың ауруы	100	100	67,1 ±6,1	73,2 ±3,2	45,2 ±4,6	49,8 ±5,49	13,6 ±3,46	23,7 ±2,3
	-		p>0,05		p>0,05		p>0,05	
Лоқсу және құсу	46,5 ±3,65	47,2 ±4,45	12,7 ±5,5	16,1 ±2,7	5,6 ±0,42,	8,9 ±0,9	-	-
	p>0,05		p>0,05		p>0,05		p>0,05	
Ұйқышылдық	72,1 ±7,55	69,9 ±5,45	32,1 ±2,9	37,8 ±4,1	21,9± 2,2	22,7 ±3,4	11,4± 1,13	17,1± 1,2
	p>0,05		p>0,05		p>0,05		p>0,05	
Гипергидроз	35,9 ±1,67	37,1 ±2,23	25,4 ±2,1	29,6 ±2,1	17,8± 1,04	26,9 ±1,2	4,5 ±0,15	15,8± 0,24
	p<0,05		p<0,05		p<0,05		p<0,05	

I-негізгі топ

II-бақылаудағы топ

Бағдарлаудың (ориентация) бұзылысы және жеңіл мнестикалық бұзылыс БМЖ ауырлығын бағалауда қолданылатын негізгі тест болып табылады. Негізгі зерттеуде ориентация мен Галверстон амнезиясына тест жүргізіп бағалағанда статистикалық дәлелденген өзгеріс жарақаттан соң тестілеудің 3,7,10 тәуліктерінде

анықталды. Зерттеудің алғашқы тәуліктерінде өзгерістер статистикалық дәлелденбеді. Липосом форте® препаратының инфулиясын қабылдап жатқан науқастарда және зерттеліп жатқандардың көбісінде есте сақтау функциясымен ориентация ертерек қалпына келді.

2 кесте - Жеңіл БМЖ бар науқастарды ориентация мен Галверстон амнезиясына тестілеу арқылы бағалау

Топ	1 тәулік	3 тәулік	7 тәулік	10 тәулік
	p>0,05	p<0,05	p<0,05	p<0,05
Негізгі топ	67,3±5,4	78,3±2,9	86,3±3,24	98,3±3,31
Бақылаудағы топ	68,6±5,16	72,1±3,12	81,2±4,35	86,6±5,42

БМЖ жеңіл түрін алған науқастарға Липосом форте® препаратын қолданғанда оның өсері жақсы ететіні курация жасағанда деледенденеді, бірақта бұған қарамастан гипоталамо-гипофизарлық жүйеге фармакологиялық өсерін дәлелдеу өте қиын. Липосом форте® препаратының оң өсері жүргізіп жатқан емге бас ми нейрон рецепторларының адаптациясының өзгеруі және де оның гипоталамустық фосфолипидтердің гипоталамус-гипофиздік жүйеге тікелей өсер етуіне байланысты болуы мүмкін.

Қорытынды:

- Кешендік емнің құрылымы ретінде синтезделген гипоталамустық фосфолипидтерді жеңіл БМЖ-да қолданғанда, ол бас ми симптоматикасы жылдам төмендеуіне өкеледі
- Синтезделген гипоталамустық фосфолипидтерді (Липосом форте®) жеңіл БМЖ жедел кезеңінде қолдану бас мидағы мнестикалық бұзылыстардың жылдам төмендеуіне және ориентацияның қалпына келуіне өсер ететіні статистикалық дәлелденген.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- 1 Белова А.Н. Шкалы, тесты и опросники в неврологии и нейрохирургии. Руководство для врачей. - М.: 2004. - 436 с.
- 2 Жанайдаров Ж.С. Хирургическое лечение последствий черепно-мозговой травмы. Автореф. дисс. ... докт. мед. Наук. – СПб.: 2006. - 45 с.
- 3 Климаш, А.В. Особенности клиники, диагностики и хирургического лечения травматических поражений ствола головного мозга: автореф. дис. ... канд. мед. наук. - СПб.: - 2005. - 24 с.
- 4 Коновалов, А.Н. Градация тяжести состояния пострадавших с черепно-мозговой травмой и унифицированные критерии для их определения. Вopr. нейрохир. - 1982. - № 5. - С. 11 - 17.
- 5 Плам Ф. Диагностика ступора и комы / Ф. Плам, Дж.Б. Познер; пер. с англ. – 3-е изд. - М.: Медицина, 1986. –79 с.
- 6 Marshall LF. The outcome of severe closed head injury. - 1991. - V.75. - P. 28–36.

А.Н. ХОВДАШ

*Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова
Кафедра нейрохирургии*

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «ЛИПОСОМ - ФОРТЕ» В СТРУКТУРЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ЗАКРЫТОЙ ЧЕРЕПО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Введение. Более 80 % черепно-мозговой травмы относится к легкой травме. К таким повреждениям относят сотрясение головного мозга и ушиб головного мозга легкой степени. После легкой ЧМТ наблюдается минимальная летальность, однако зачастую развиваются различные варианты неврологических нарушений, значительно снижающих качество жизни больных и влияющие на трудоспособность пострадавших. Медицинские мероприятия, выполненные в остром периоде и промежуточном периодах травмы имеют важнейшее значение с точки зрения скорейшего и полного восстановления функций центральной нервной системы. Важнейшим фактором, определяющим тяжесть, течение и исход черепно-мозговой травмы является нарушение гипоталамического метаболизма. В частности была показана роль снижения дофамина и аденилат-циклазы. При этом основным патофизиологическим эффектом этих процессов является дисфункция системы гипоталамус-гипофиз. В клиническом аспекте проявления гипоталамической дисфункции чрезвычайно многообразны как по своему характеру, так и по своей выраженности. Вместе с тем, методы их коррекции, также многообразны, однако эффективность их трудно доказать в первую очередь в связи с очень сложными клиническими проявлениями и отсутствием четких диагностических критериев. Направления научных разработок в этой области ориентируются на различные, прежде всего фармакологические методы активации медиаторного обмена в системе гипоталамус-гипофиз. Одним из таких путей является использование в клинике синтезированных гипоталамических фосфолипидов (Липосом форте).

A.N.HOVDASH

*Kazakh National Medical University. SD Asfendiyarov
Department of Neurosurgery*

The drug "LIPOSOMES - Forte" in the structure of Complex Therapy of closed skull and brain injuries

Introduction. Over 80% of traumatic brain injuries are minor injury. Such damage brain concussion and brain contusion mild. After mild head injury observed minimal mortality, but often develop different types of neurological disorders significantly reduce quality of life and affect the ability to work affected. Medical interventions performed in acute and intermediate injuries are critical in terms of the speedy and full recovery of the central nervous system. The most important factor in determining the severity, course and outcome of traumatic brain injury is a violation of the hypothalamic metabolism. In particular has been shown to reduce the role of dopamine and adenylate cyclase. Thus the basic pathophysiological effects of these processes is the dysfunction of the hypothalamic-pituitary. The clinical manifestations of hypothalamic dysfunction aspect extremely diverse both in nature and in its severity. However, the methods of their correction, as diverse, but their effectiveness is difficult to prove in the first place due to the very complex clinical presentation and the lack of clear diagnostic criteria. Areas of scientific developments in this area are guided by different, primarily pharmacological activation of mediator metabolism in the hypothalamus-pituitary. One of these ways is to use the clinic synthesized hypothalamic phospholipids (liposomes forte).

А.М. ДЖЕКСЕНБИЕВА

ГККП «Талгарская центральная районная больница»
г.Талгар

УРОВЕНЬ И СТРУКТУРА НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Изучение особенностей клиники и распространенности пограничных неврологических расстройств у детей, подростков и взрослого населения имеет важное значение для совершенствования, организации и планирования специализированной медицинской помощи.

Ключевые слова: Болезни нервной системы, неврологические расстройства, уровень заболеваемости.

Одним из главных критериев состояния здоровья населения является заболеваемость. Сегодня в мире наблюдаются постепенный рост количества неврологических больных, увеличение заболеваемости нервной системы. Чаще других среди неврологических болезней являются цереброваскулярные заболевания, рассеянный склероз, эпилепсия, заболевание периферической нервной системы и болезнь Паркинсона.

По данным европейских исследователей, общее количество больных, которые страдают разнообразными заболеваниями нервной системы, включая тревожные расстройства и алкогольную и лекарственную зависимость составляет приблизительно 127,2 млн., то есть 25,8% обитателей европейских стран имеют неврологическую патологию. Первое место среди неврологических болезней занимают цереброваскулярные заболевания, что уже в течение многих лет занимают второе место в структуре смертности населения после ишемической болезни сердца. Широкое распространение, высокая смертность и инвалидизация населения, в результате цереброваскулярных заболеваний ставят диагностику, профилактику и лечение этих заболеваний, в один ряд с наиболее актуальными медико-социальными проблемами. Цереброваскулярные заболевания в 78% случаев приводят к развитию инвалидности и

значительно ухудшают качество жизни больных; 46% больных инсультами в течение первого месяца умирают; из числа тех, кто выжил, только 10% возвращаются к труду, 53% нуждаются в посторонней помощи в 30%, развивается психоорганический синдром [1].

Выявление уровня и структуры истинного распространения патологии может быть достигнуто различными путями. Однако каждый из этих путей призван лишь определить часть имеющихся среди популяции болезней.

Уровень и структура неврологических заболеваний населения Республики Казахстан изучалась по материалам официальной статистики за 2010-2011 годы [2].

Уровень заболеваемости населения нервной системы в 2011 году составил 1955,9 случаев на 100 тыс. жителей.

Наиболее высокие уровни ее в 2011 году имели население Кызылординской области, который составил 2570, 7 на 100 тыс. жителей, второе место по рангу занимает Алматинская область – 2208,5, третья – Павлодарская область – 2335,3 случаев.

Самые низкие уровни заболеваемости нервной системы выявлены в Западно-Казахстанской области- 1064, 7 и в Костанайской области 1098,6 случаев на 100 тыс. населения (рисунок 1).

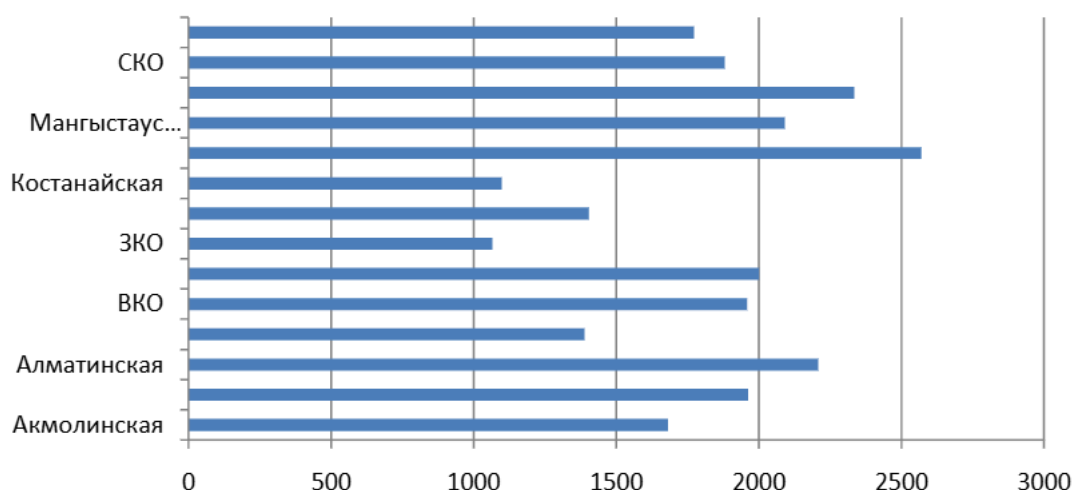


Рисунок 1 - Распространенность болезни нервной системы среди населения РК в 2011г.

Такие высокие колебания заболеваемости населения болезнями нервной системы, возможно, в некоторой степени зависят от уровня диагностики и квалификации

врачей - невропатологов в областях. Высокий показатель обеспеченности врачами-невропатологами наблюдается в Карагандинской области - 1,4 на 100 тыс. населения,

Восточно-казахстанской области (1,3) и Мангыстауской, Павлодарской, Актюбинской областях составил 1,2 на 100 тыс. жителей, при республиканском показателе – 1,1 на 100 тыс. населения.

Высокие уровни неврологических заболеваний среди Кызылординской, Алматинской и Павлодарской областей свидетельствует об имеющихся в данных регионах экологических и социальных факторов, характерных для данных территорий.

Анализ заболеваемости болезнями нервной системы по возрасту показал, что она высокая среди подростков и детей как по области, так и в сельских районах. В 2011 г составляла среди детей – 3191,1 случаев на 100тыс. жителей, среди подростков 2 798,7 и среди взрослого

населения составляла 1463,3 случаев на 100 тыс. населения.

Среди детей от 0-14 лет болезни нервной системы преобладают в Павлодарской области (5648,8 случаев на 100 тыс. населения), на втором месте Кызылординская область (3829,5), Костанайская область (3381,9), Жамбылская область (3331,9), В-Казахстанская область (3215,0).

Среди подростков от 15-17 лет болезни нервной системы также преобладают в Павлодарской области (5607,7 случаев на 100 тыс. населения), на втором месте С-Казахстанская область (3939,8), на третьем месте В-Казахстанская область (3812,2) (Рисунок 2).

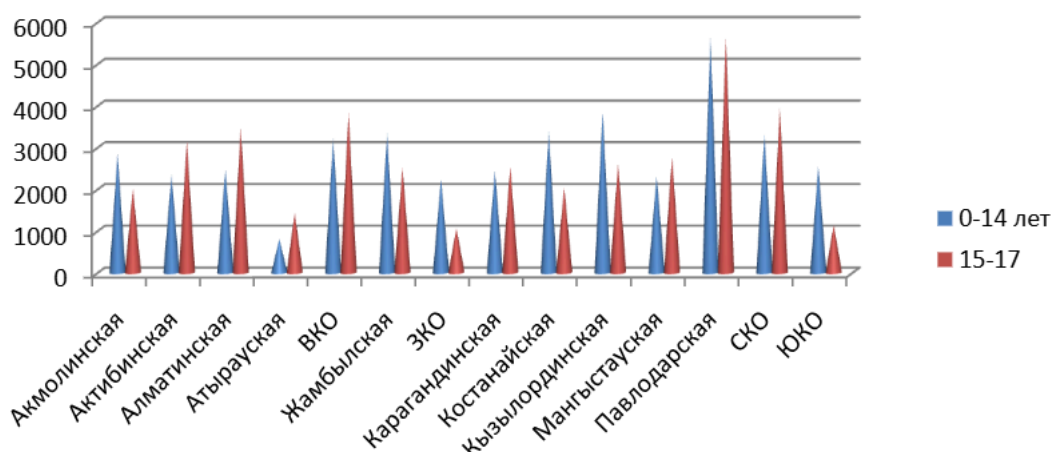


Рисунок 2 - Повозрастная структура заболеваемости в РК

Ученые относят невротические расстройства к числу неспецифических маркеров различного «загрязнения» внешней и внутренней среды организма человека [3].

В связи с этим, изучение особенностей клиники и распространенности пограничных неврологических расстройств у детей, подростков и взрослого населения

имеет важное значение для совершенствования, организации и планирования специализированной медицинской помощи. Эта проблема особую актуальность приобретает в зонах экологического бедствия, неблагоприятные условия в которых, в первую очередь, сказываются на здоровье детей и подростков.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Cabaravdic M., Mijanovich M., Kusturika J., Cabaravdic A. Occupational exposure of workers at gas station to inorganic lead // Med Arh. – 2010. - 64(2). – P.107-9.
- 2 Статистический сборник «Здоровье населения РК и деятельность организаций здравоохранения в 2011 году». - Астана: 2012 г.
- 3 Деларю В.В. Нервно-психическое здоровье и экология (к профилактике "экологических стрессов") // Материалы 12 съезда психиатров России.- М.:1995.-С. 148-149.

А.М. ДЖЕКСЕНБИЕВА

ҚР ТҰРҒЫНДАР АРАСЫНДА НЕВРОЛОГИЯЛЫҚ АУРУШЫЛДЫҒЫНЫҢ
ДЕҢГЕЙІ ЖӘНЕ ҚҰРЫЛЫМЫ

Түйін: Ересек адамдарда, балаларда және жасөспірімдерде неврологиялық өзгерістерді және клиникалық өзiлiктiлiгiн, таралуын зерттеу, медициналық көмекті жақсартуға, жоспарлауға мүмкіндік береді.

Түйінді сөздер: нерв жүйесінің аурушылдығы, неврологиялық бұзылыстар, аурушылдық деңгейі

A.M. DZHEKSENBIIEVA

LEVEL AND STRUCTURE OF NEUROLOGIC DISEASES AMONG THE POPULATION
OF THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

Resume: Studying of features of clinic and prevalence of boundary neurologic frustration at children, teenagers and adult population is important for improvement, the organization and planning of specialized medical care.

Keywords: Diseases of nervous system, neurologic frustration, incidence.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Изучение особенностей распространенности неврологических расстройств у детей, имеет важное значение для совершенствования, организации и планирования специализированной медицинской помощи.

Ключевые слова: Заболеваемость, детское население, распространенность, неврологические расстройства

Состояние здоровья населения, его сохранение и укрепление занимают всё большее место в системе социального и экономического развития мирового сообщества. Особенно большую тревогу специалистов в последние годы вызывает заметно ухудшающееся здоровье детей и подростков. Это, в свою очередь, негативно отражается на готовности к школьному обучению и службе в армии, выполнению профессиональных обязанностей, формированию и реализации репродуктивного потенциала, состоянии демографических показателей и другое.

В биологическом отношении организм детей и подростков находится на стадии роста, незавершённости развития. В возрасте до 17 лет в нём происходят мощные морфофункциональные перестройки, что повышает его чувствительность к воздействию неблагоприятных факторов. Одновременно этот возрастной период характеризуется влиянием и частой сменой целого комплекса социальных факторов (дошкольные учреждения, школа, профессиональное образование, трудовая деятельность) [1]. Даже воздействия малой интенсивности, которые для большинства взрослых оказываются незаметными и незначительными, могут существенно отразиться на развивающемся организме, привести к снижению его адаптационных возможностей,

морфофункциональным отклонениям, повлиять на процесс его дальнейшего развития.

Уровень и структура неврологических заболеваний детского населения Республики Казахстан изучалась по материалам официальной статистики за 2010-2011 годы [2].

По данным официальной статистики, в республике общая заболеваемость (число заболеваний, зарегистрированных на 100 тысяч соответствующего населения) детей увеличилось в 1,2 раза. При этом уровень заболеваемости нервной системы у детей по республике в 2011 году составил 3191,1 случаев на 100 тыс. жителей. Из них болезни нервной системы у детей от 0-1 года составила 86,6 случаев на 1 тыс. детей, от 0-5 лет - 54,7 случаев. По сравнению с 2010 годом наблюдается незначительное снижение заболеваемости. Особенно тревожит рост болезней у детей от 0 до 1 года в Павлодарской области, где на 1000 детей первого года жизни приходится 114,5 случаев, при республиканском показателе 86,6 случаев. Второе место по рангу занимает Костанайская область (172,1), третье – Кызылординская область – 114,5 случаев. Самые низкие уровни заболеваемости в данной группе выявлены в Атырауской области – 24,8 и в С-Казахстанской области 29,4 случаев на 100 тыс. населения (рисунок 1).

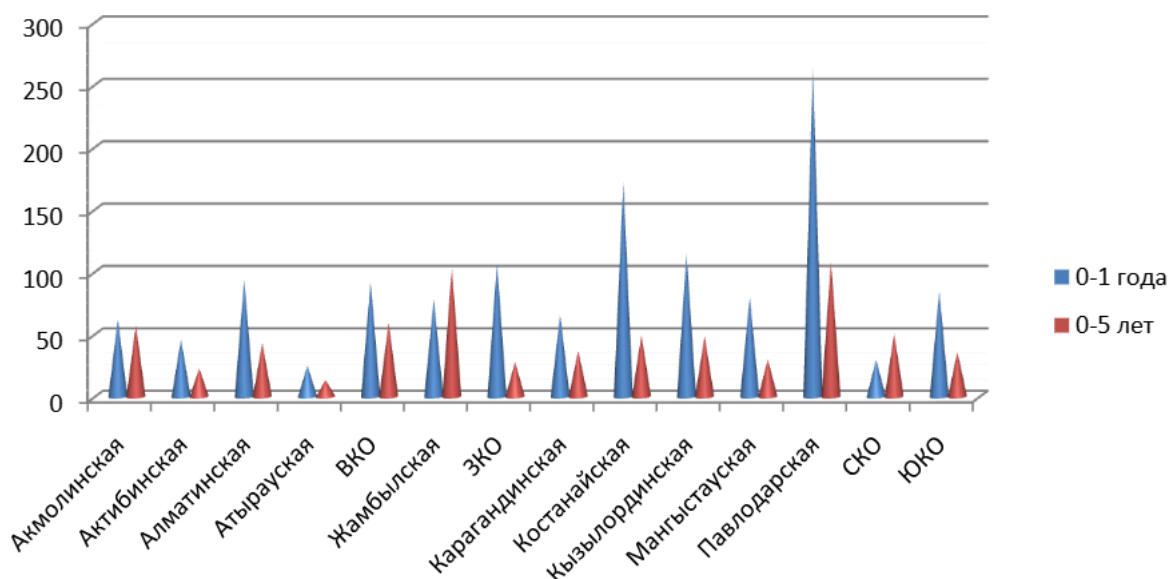


Рисунок 1 - Распространенность болезни нервной системы среди детей РК

Как видно из рисунка №1, среди детей от 0 до 5 лет болезни нервной системы преобладают также в Павлодарской области (108,3 случаев на 100 тыс.

населения), на втором месте Жамбылская область (103,2 случая), и на третьем месте В-Казахстанская область (58,9).

Районирование территории Казахстана по уровню неврологических заболеваний среди детей до 5 лет показало, что самые низкие уровни регистрируются в Атырауской (13,4 случая), Актюбинской (22,7), Западно-Казахстанской (27,9). Эти области относятся к наиболее благополучным по распространенности нервных болезней среди детей до 5 лет. Средние уровни неврологических болезней имеют место в Алматинской, Кызылординской, Костанайской областях, где они составляют от 42,8 до 49,3 случаев на 1000 детей. Как

видно, высокие и очень высокие уровни неврологических заболеваний можно объяснить, наряду с экологическими и социальными факторами, высокой реальной нагрузкой на организм детей химических факторов.

В связи с этим, изучение особенностей распространенности неврологических расстройств у детей, имеет важное значение для совершенствования, организации и планирования специализированной медицинской помощи.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Баранов А.А. Создание здоровой окружающей Среды - основа достижения здоровья для всех // Сб.тр. (по материалам программ международного фонда охраны здоровья матери и ребенка): Экология и здоровье ребенка. - М.: 1995. - С.5-8.
- 2 Статистический сборник «Здоровье населения РК и деятельность организаций здравоохранения в 2011 году»: Астана: 2012 г.

А.М. ДЖЕКСЕНБИЕВА

ҚР БАЛАЛАР АРАСЫНДАҒЫ НЕВРОЛОГИЯЛЫҚ АУРУШЫЛДЫҒЫНЫҢ
ТАРАЛУЫ

Түйін: Балалар арасында неврологиялық бұзышылықтарды таралуын зерттеу, медициналық көмекті жақсартуға, жоспарлауға мүмкіндік береді.

Түйінді сөздер: аурушылдық, балалар, таралу, неврологиялық бұзылыстар

A.M. DZHEKSENBIEVA

PREVALENCE OF NEUROLOGIC DISEASES AMONG THE CHILDREN'S POPULATION OF
THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

Resume: Studying of features of prevalence of neurologic frustration at children, is important for improvement, the organization and planning of specialized medical care.

Keywords: Incidence, prevalence, neurologic frustration, children's population.

Н.А. ТАУБАЛДИНОВА, Л.И. ВАНСОВИЧ, А.М. ДЖЕКСЕНБИЕВА, А.А. БУШАНСКАЯ

ГККП «Талгарская центральная районная больница»

г.Талгар

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РК И ПРИМЕНЕНИЕ ФИЗИОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ

Многие неврологические заболевания напрямую связаны с системными заболеваниями внутренних органов, поэтому при лечении наиболее важным компонентом комплексного восстановительного лечения неврологических больных в реабилитационном отделении является физиотерапия.

Ключевые слова: распространенность, неврологические заболевания, физиотерапия, лечение

Сегодня в мире наблюдаются постепенный рост количества неврологических больных, увеличение заболеваемости нервной системы. Чаще других среди неврологических болезней являются цереброваскулярные заболевания, рассеянный склероз, эпилепсия, заболевание периферической нервной системы и болезнь Паркинсона.

По данным зарубежных исследователей, общее количество больных, которые страдают разнообразными заболеваниями нервной системы, Первое место среди неврологических болезней занимают цереброваскулярные заболевания, что уже в течение многих лет занимают второе место в структуре смертности населения после ишемической болезни сердца.

Неврологические заболевания могут возникать по разным причинам. Одна из главных - наследственность. Многие **неврологические заболевания** напрямую связаны с системными заболеваниями внутренних органов. Даже аллергия способна развить некоторые **неврологические заболевания**. Воздействия токсинов, неправильный прием и злоупотребление лекарственными препаратами также могут вызвать **неврологические заболевания**. Метастезированные раковые клетки провоцируют паранеопластические синдромы и **неврологические заболевания**.

Уровень и структура неврологических заболеваний населения Республики Казахстан по материалам официальной статистики за 2011 годы составил 1955,9 случаев на 100 тыс. жителей [1].

Наиболее высокие уровни ее в 2011 году имели население Кызылординской области, который составил 2570,7 на 100 тыс. жителей, второе место по рангу занимает Алматинская область – 2208,5, третье – Павлодарская область – 2335,3 случаев.

Среди детей от 0-14 лет болезни нервной системы преобладают в Павлодарской области (5648,8 случаев на 100 тыс. населения), на втором месте Кызылординская область (3829,5), Костанайская область (3381,9), Жамбылская область (3331,9), В-Казахстанская область (3215,0).

Среди подростков от 15-17 лет болезни нервной системы также преобладают в Павлодарской области (5607,7 случаев на 100 тыс. населения), на втором месте С-Казахстанская область (3939,8), на третьем месте В-Казахстанская область (3812,2)

Одним из наиболее важных компонентов комплексного восстановительного лечения неврологических больных в реабилитационном отделении является физиотерапия.

Физиотерапия использует различные физические факторы (электричество, свет, тепло, вода, воздух) с целью частичного или полного устранения патологических изменений в органах и тканях, возникших при неврологических заболеваниях. Существенным преимуществом физических методов терапии по сравнению с использованием лекарственных препаратов является полное отсутствие побочных токсических и аллергических явлений при правильном применении любого из физиотерапевтических агентов. Правильно построенное лечение физическими методами должно включать процедуры двух различных типов:

1. Направленные на устранение или уменьшение проявлений основного неврологического заболевания (сосудистого, травматического или инфекционного)- патогенетическая физиотерапия. Например, применение электрического поля УВЧ или диатермии при инфекционных заболеваниях центральной нервной системы (энцефалит, полиомиелит) оказывает противовоспалительное действие;

2. Процедуры, основной целью которых является устранение отдельных симптомов болезни (боли, мышечной спастичности, атрофии мышц и др.), и тренировка нарушенных функций - двигательных, чувствительных, трофических: симптоматическая физиотерапия. Так, для уменьшения двигательных и трофических выпадений при параличах применяются массаж и электростимуляция мышц, нарушения тазовых функций требует назначения гальванизации или высокочастотной терапии области мочевого пузыря и т. д.[2,3]

В процессе восстановительного лечения используют общие (ванны, души, общая франклинизация, общий электрофорез и др.) и местные процедуры (воздействие физическими агентами на какую-либо ограниченную область тела). Различие между ними в известной мере условно, т. к. и местные физиотерапевтические процедуры вызывают рефлекторно-гуморальную реакцию всего организма, далеко выходящую за зону непосредственного воздействия. У большинства больных целесообразно сочетать физиотерапевтические процедуры патогенетического и симптоматического назначения, и во многих случаях чередовать общие и местные воздействия.

По характеру примененного физического фактора выделяют электролечение, ультразвуковую терапию, свето-, тепло- и водолечение. Кроме того, каждый из них представлен различными видами физиотерапевтических процедур и разнообразными методами их применения.

Например: **Лечебная гимнастика (ЛФК)** - это комплекс упражнений при большинстве хронических заболеваний человека, связанных с потерей мышечной силы и объёма движений суставов.

Лечебная гимнастика при неврологических проявлениях должна проводиться в положениях и при условиях отсутствия болевого синдрома, или, по крайней мере – на границе болевых ощущений. В противном случае развивается “феномен обкрадывания”, проявляющийся компенсаторными замещениями со стороны непораженных сегментов тела; в результате – тренировки подвергаются интактные мышечные группы, то есть “слабое” обкрадывается “сильным”, а “больное” – “здоровым”[4].

Лечебная гимнастика - основная форма лечебной физкультуры. Применяют два метода лечебной гимнастики - индивидуальный и групповой. Вводный раздел предполагает подготовку больного к выполнению последующих физических упражнений. Больному разъясняется цель урока, подсчитывается пульс, проводят дыхательные, общеразвивающие и подготовительные упражнения. Продолжительность этой части урока - 5-10 мин.

Основной раздел включает физические упражнения, оказывающие специальное и общее воздействие на организм больного. Цель их - восстановление и компенсация дефектных функций, помощь больному в овладении двигательными навыками, повышение физической подготовки и адаптации к условиям жизни. Продолжительность основного раздела - 25 - 30 мин. Заключительный раздел направлен на постепенное снижение общей нагрузки, активности сердечно-сосудистой и дыхательной систем, снижение эмоционального напряжения и приведение больного в исходное состояние. Длительность этого раздела -5-10 мин.

Важным условием в методике урока лечебной физкультуры имеет дозировка физической нагрузки, которая определяется рядом показателей. К ним относятся: подбор физических упражнений, который строится на основе принципа постепенности: от простого к сложному. Продолжительность физических упражнений определяется временем, затрачиваемым больным на их выполнение. Число повторений определяется характером заболевания и особенностью упражнений. Упражнения общеукрепляющего типа целесообразно повторять 5 - 6 раз, направленные на укрепление ослабленных мышечных групп 10 - 20 раз.

Спортивные игры в системе лечебной физкультуры используют как одно из важных средств физического воспитания больного человека. Плавание и упражнения в воде. Характеризуются сочетанием воздействия движений и водной среды. Нахождение в воде повышает обмен веществ, активизирует кровообращение. В специальных условиях (ванна, бассейн) облегчаются движения атрофических, ослабленных мышц. Плавание назначается также с закаливающими и оздоровительными целями.

Используются и другие спортивные упражнения как ходьба на лыжах, езда на велосипеде и т. п.

Двигательные режимы. Лечебная физкультура является неотъемлемой составной частью всех двигательных режимов. Подбор физических упражнений, форм их проведения, нагрузка на занятиях в каждом отдельном случае должны соответствовать двигательной активности, допускаемой отдельными режимами.

При применении лечебной физкультуры следует придерживаться принципа этапности лечения, соблюдать постепенность в наращивании интенсивности физической нагрузки в соответствии с клиническим состоянием больного.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Статистический сборник «Здоровье населения РК и деятельность организаций здравоохранения в 2011 году». - Астана: 2012 г.
- 2 Физиотерапия - актуальное направление современной медицины: Сб. науч. тр./ Под ред. В.В.Кирияновой. - СПб.: 2007.- 342 с.
- 3 Пономаренко Г.Н. Общая физиотерапия: Учебник. -СПб.: ВМедА, 1998. – 254 с.
- 4 Пономаренко Г.Н., Улащик В.С.и Зубовский Д.К. «Спортивная физиотерапия». - СПб.: 2009. – 240 с.

Н.А. ТАУБАЛДИНОВА, Л.И. ВАНСОВИЧ, А.М. ДЖЕКЕСЕНБИЕВА, А.А. БУШАНСКАЯ
ҚР НЕВРОЛОГИЯЛЫҚ АУРУШЫЛДЫҒЫНЫҢ ТАРАЛУЫ ЖӘНЕ ФИЗИОТЕРАПИЯЛЫҚ
ЕМДІ ҚОЛДАНУ

Түйін: Неврологиялық аурулардың көбісі тікелей ішкі ағза ауруларымен байланысты, сондықтан емдеу және қайта қалпына келтіру кезінде науқастарға физиотерапиялық ем маңызды болып саналады.

Түйінді сөздер: таралу, неврологиялық аурулар, физиотерапия, емдеу

N.A. TAUBALDINOVA, L.I. VANSOVICH, A.M. DZHEKSENBEIEVA, A.A. BUSHANSKAYA
PREVALENCE OF NEUROLOGIC DISEASES IN KAZAKHSTAN
AND PHYSICAL THERAPY APPLICATION IN TREATMENT

Resume: Many neurologic diseases are directly connected with system diseases of an internal therefore at treatment by the most important component of complex recovery treatment of neurologic patients in rehabilitation office the physical therapy is.

Keywords: prevalence, neurologic diseases, physical therapy, treatment

УДК:616.12-005.4-084-085.273.53.

Р.К. АЛЬМУХАМБЕТОВА, А.М. СЕИТОВА, Ж.С. КОШЕКБАЕВА,
Н.Ж. ДОСАЕВА, Н.А.ТОЛЕНОВА

КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова Алматы

К ДИАГНОСТИКЕ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Распространенными и опасными осложнениями у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) являются тромбоэмболические осложнения. Поэтому современная диагностика сердечно-сосудистых проблем невозможна без одновременного тестирования риска тромбообразования. Среди ряда потенциально возможных маркеров активации свертывания крови особый интерес вызывает исследование уровня в плазме D-димера. D-димер является прогностическим маркером летального исхода при тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА), однако, для подтверждения данного диагноза использования только одного теста на D-димер недостаточно, необходимо комплексное обследование, включая инструментальное для адекватной оценки клинического состояния больного.

Ключевые слова: тромбообразование, тромбоэмболия, D-димер, инфаркт миокарда, прогрессирующая стенокардия.

Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) является частым и потенциально опасным для жизни состоянием. Диагностика ТЭЛА представляет определенные трудности для практикующего врача. Традиционный подход к диагностике ТЭЛА основывается на выявлении клинических признаков. Симптомами, которые должны вызвать подозрение на возможность наличия ТЭЛА, являются боль в груди, боль в плече, спине, одышка, боль при дыхании, кровохаркание, аритмия или любые другие необъяснимые симптомы в груди. Однако подобные симптомы могут наблюдаться, например, при инфаркте миокарда и целом ряде других состояний. Классическая триада — кровохарканье, одышка и боль в груди — присутствует у менее чем 20 % пациентов, у которых диагноз ТЭЛА был подтвержден в последующем ангиопульмонографией, в то же время наличие одышки, тахипноэ и боли в груди у пациентов без заболеваний сердца или легких в анамнезе позволяет правильно диагностировать ТЭЛА в 97 % случаев. В последние годы принято считать, что концентрация D-димера, определенная в цельной крови или плазме, отражает активность процесса тромбообразования и системы тромболизиса, а также D-димер является прогностическим маркером летального исхода при тромбоэмболии легочной артерии.

Целью нашего исследования явилось изучение уровня D-димера у больных при подозрении на ТЭЛА.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 128 больных ИБС, поступивших в экстренном порядке в ГКЦ. Всем больным проводились клинические и лабораторно-инструментальные исследования: клинические и биохимические анализы, в том числе липидограмма, уровень глюкозы, креатинин, мочевины, коагулограмма, ферменты — АЛТ, АСТ, миоглобин, тропонины I, T, D- димер, ЭКГ, рентгенография органов грудной клетки, ЭхоКГ.

Результаты и обсуждение. Боли, неприятные ощущения в груди отмечали все больные, одышку, затруднение вдоха 98 (76,6%), кашель -26 (20,3%), кровохаркание — 7 (5,5%). По результатам нашего изучения у больных ИБС уровень D-димера был нормальным у 24 (31%) и повышенным — у 104 (79%). Согласно литературным данным, уровень D-димера может определяться различными факторами: курение, пожилой возраст, послеоперационные состояния, инвазивные

манипуляции (например, постановка периферического интравенозного катетера), травматические повреждения, преэклампсия, злокачественные новообразования, инфекционные процессы, синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания, артериальные и венозные тромбоэмболии, фибрилляция предсердий, коронарный синдром, желудочно-кишечные кровотечения. Среди наших больных было мужчин 61 (47,6%), женщин 67 (52,3%), длительный стаж курения (свыше 5 лет) отмечали 59 (46%) пациентов, при распределении по возрасту преобладали больные старше 60 лет — 84 (65,6%). Тромбофлебит сосудов нижних конечностей в анамнезе указывали 17 больных (13,3%). Диагноз инфаркта миокарда был установлен в 29 случаях (22,7%), прогрессирующей стенокардии в 99 (77,3%), ПИКС в 57 (44,5%), аортокоронарное шунтирование перенесли 36 (28,1%) пациентов. Фибрилляция предсердий выявлена у 32 больных (25%). Хроническая сердечная недостаточность отмечена у 76 больных: 1 ст. у 24 (31,6%), II ст. — у 34 (44,7%), III ст. у 18 (23,7%). Среди наших 104 больных с повышенным уровнем D-димера ТЭЛА была обнаружена на основании клинико-лабораторных (увеличение уровня D-димера) данных и результатов инструментального (ЭКГ, ЭхоКГ и рентгенологического) исследования в 3 случаях (2,34%) и у 1 больного с нормальным уровнем D-димера. Поэтому изолированное повышение уровня D-димера, согласно современным представлениям, не может служить однозначным критерием для постановки диагноза ТЭЛА. Несмотря на то что чувствительность теста определения D-димера плазмы крови по отношению к диагностике ТЭЛА высока, особенно при тромбоэмболии крупных ветвей или легочного ствола (до 90%), его специфичность невысока. так как нормальный уровень D-димера не позволяет полностью исключить возможность наличия ТЭЛА вследствие того, что чувствительность уровня D-димера к образованию тромба малого размера недостаточно высока, поэтому в случае, если клиническая симптоматика позволяет врачу предполагать данный диагноз, необходимо проведение инструментального обследования, в частности, ЭКГ и рентгенологического исследования.

Столь высокий процент повышенного уровня D-димера среди обследованных нами больных, возможно, обусловлен наличием гиперкоагуляции у больных с

инфарктом миокарда, тромбозом сосудов нижних конечностей. Существенным ограничением к применению определения уровня D-димера в плазме крови в клинической практике является тот факт, что у пациентов с наличием в анамнезе явлений процессов тромбообразования в бассейне глубоких вен нижних конечностей содержание D-димера в плазме крови повышено по сравнению с общей популяцией, даже при отсутствии острых процессов тромбообразования. В то время как у пациентов, получавших ранее лечение по поводу тех или иных тромбозов, уровень D-димера может оставаться в пределах нормы даже при развитии массивных острых тромботических процессов по причине исходно сниженной его концентрации. Тем не менее значение определения повышенного уровня D-димера для оценки вероятности венозных тромбозов достаточно велико, особенно в сочетании с ультразвуковыми методами исследования. Многочисленные исследования свидетельствуют о наличии взаимосвязи уровня D-димера с высоким риском тромбоэмболических осложнений у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН). Н.М. Воробьева с соавт. (2009) на основе ретроспективного анализа 279 больных ХСН определено значение повышения уровня D-димера при декомпенсации хронической сердечной недостаточности с высокой

чувствительностью (79%) и специфичностью (65%). Уровень D-димера превышал верхнюю границу нормального распределения у 146 (52%) больных ХСН, частота декомпенсации ХСН составила 27%. Проведенный корреляционный анализ обнаружил прямую взаимосвязь между содержанием D-димера и возрастом, женским полом, наличием тромбоэмболических осложнений, декомпенсацией и ФК ХСН.

Выявленные по результатам нашего изучения положительные тесты D-димера при отсутствии ТЭЛА, вероятно, связаны с наличием коморбидных состояний и тромбозов, не связанных с ТЭЛА, а именно с фибрилляцией предсердий, инфарктом миокарда, хронической сердечной недостаточностью. В то же время определение данного показателя может иметь безусловное значение для оценки риска инфаркта миокарда в популяции относительно здоровых людей и даже ишемической болезни сердца в целом.

Таким образом, хотя уровень D-димера является важным диагностическим критерием для исключения возможного диагноза ТЭЛА, для подтверждения данного диагноза использования только одного теста на D-димер недостаточно для адекватной оценки клинического состояния больного.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 О.В. Булашова, М.И. Малкова. Значение D-димера в диагностике и прогнозе тромбоэмболических осложнений у кардиологических больных.
- 2 Венозные тромбозы и эмболии у больных с сердечной недостаточностью Аверков О.В., Шевченко И.В., Мирилашвили Т.Ш., Кобалава Ж.Д. // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2011. - 10 (4). — С. 101-106.
- 3 Долгов В.В., Спиринов П.В. Лабораторная диагностика нарушений гемостаза. — М.: Триада, 2005. — 142. - 143: 227.
- 4 Статкевич А.Р., Кусайло В.М., Варукин В.П. Факторы риска развития тромбозов глубоких вен нижних конечностей / Роль Московской госпитали в становлении и развитии отечественного государственного больничного дела, медицинского образования и науки // Тезисы докладов научно-исторической конференции. — М.: ГВКГ им. Бурденко. — 2007. — С. 200-201.
- 5 Воробьева Н.М., Панченко Е.П., Добровольский А.Б., Титаева Е.В. Повышение D-димера у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями без тромбоэмболических осложнений: с чем это связано и что делать? // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2010. - 16 (4). - 34-411.
- 6 Becattini C., Lignani A., Masotti L. et al. D-Dimer for risk stratification in patients with acute pulmonary embolism // J. Thromb. Thrombolysis. – 2012. – V. 33. – P. 48–57.
- 7 Jaff M.R., McMurry M.S., Archer S.L. et al. on behalf of the American Heart Association Council on Cardiopulmonary, Critical Care, Perioperative and Resuscitation, Council on Peripheral Vascular Disease, and Council on Arteriosclerosis, Thrombosis and Vascular Biology. Management of massive and submassive pulmonary embolism, iliofemoral deep vein thrombosis, and chronic thromboembolic pulmonary hypertension: a scientific statement from the American heart association // Circulation. – 2011. – V. 123. – P. 1788–1830.
- 8 Bruinstroop E., van de Ree M.A., Guisman M.V. The use of D-dimer in specific clinical conditions: A narrative review // Europ. J. Internal Med. – 2009. – V.20. – P. 441–446

Түйін: Жүрек қан-тамыр жүйесінің ауруы бар науқастарда кең таралған қауіпті асқынуы тромбоэмболия. Сондықтан жүрек қан тамырлар жүйесінің ауруларын заманауи диагностикалауда тромб түзілу қаупін бірреттік сынамасынсыз анықтау мүмкін емес. Потенциальді ортада қан ұю активтенуінің маркерлері Д-димердің плазмадағы мөлшерін зерттеуде ерекше қызығушылық шақырады. Өкпе артериясының тромбоэмболиясында (ӨАТЭ) Д-димер летальді көрсеткішінің болжамалы маркері, бірақ аталған диагнозды нақтылау үшін тек Д-димердің бірреттік сынамасын жүргізу жеткіліксіз, сонымен қоса, науқастың клиникалық жағдайын адекватты бағалау үшін комплексті және инструментальдіз ертеуді қажет етеді.

Resume: Thrombosis is among common and dangerous complications of cardiovascular disease. For this reason modern diagnostic procedures of cardiovascular pathology integrally involve concomitant testing for the risks of thrombosis. Plasma D-dimer levels are particularly important among other clotting activating markers. Measuring D-dimer plasma levels is useful in determining prognosis of pulmonary embolism although this test alone is insufficient to confirm this diagnosis and therefore, a comprehensive examination, including instrumental methods is necessary for adequate evaluation of patient's condition. Thrombosis formation, (thrombo) embolism, D-dimer, myocardial infarction, unstable angina.

УДК 616.12-008.331.1:616.248]-053.9.

**А.И. ҚАРАБАЕВА, А.Н. ШАМЕТОВА, Н.А. САРМАНОВА, У.А. ДАЙЫМБАЕВА,
А. ДҒРБАЕВ (6 КУРС «ЖАЛПЫ МЕДИЦИНА» СТУДЕНТЫ),
Ф. АҚЖОЛБАЕВА (6 КУРС «ЖАЛПЫ МЕДИЦИНА» СТУДЕНТЫ)**
*С.Д. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ, ЖМЖБ кафедрасы.
МКҚМ «ҰОСА емханасы», Алматы, Қазақстан*

ЕГДЕ ЖАСТАҒЫ НАУҚАСТАРДА АРТЕРИАЛДЫ ГИПЕРТЕНЗИЯ АҒЫМЫНЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Мақалада Алматы қаласының Алмалы ауданының АГ-мен егде жастағы науқастарының клиникалық ағымының ерекшеліктеріне анализ жасалды. 01.12-12.12 ж. аралығындағы егде жастағы науқастарға ретроспективті тексеріс өткізілді. Нәтижесінде, егде жастағы науқастарда АГ аз симптомды және латентті ағыммен өтіп, асқынулар жылдам дамиды. Бұл өз кезегінде ерте диагностиканы қиындатып, ауруханаға дейінгі геронтологиялық көмек көрсету қызметіне скрининг бағдарламаларын белсенді енгізуді қажет етеді.

Түйінді сөздер: артериалды гипертензия, егде жастағы науқастар, клиникалық ағымы.

Қарт және егде жастағы адамдар арасында қанайналым жүйесінің ауруларының (ҚЖА) артуы Республиканың Денсаулық сақтау жүйесінде өзекті мәселелердің бірі болып табылады. ҚЖА аурушылық көрсеткіші динамикада 2007-2009 жылдар ішінде 100 мың ересек тұрғынға шаққанда 1,1 есе жоғарлаған [1]. Қарттардың ҚЖА-нан негізгі өлім себебі 1,4 есе артқан артериалды гипертензия (АГ) болып табылады.

Осыған байланысты геронтологиялық тұрғындарға көрсетілетін медициналық көмек, осының ішінде ауруханаға дейінгі кезеңдегі көмек сапасы маңызды.

Зерттеудің мақсаты Алматы қаласының белгілі-бір ауданының қарттарында АГ клиникалық ағымының ерекшеліктерін зерттеу болып табылды.

Материалдар және әдістер: 01.01.12-нен 31.12.12-дейінгі аралықта МКҚМ «ҰОСА емханасына» тіркелген Алмалы ауданының егде жастағы науқастарының статистикалық карталарына жалпы анализ жүргізілді. Алынған мәліметтерге сүйенсек күндізгі стационарда қанайналым жүйесінің ауруларымен 828 науқас емделген. Оның ішінде 12 (1,5 %) науқас жүрек жеткіліксіздігі жоқ жүректің басым зақымдалуымен қосарласқан артериалды гипертензиямен және 52 науқас гипертензивті энцефалопатиямен тіркеліп жалпы санның 6,3 % құрады.

Нәтижелер және талқылаулар: тексерілген науқастардың басым көпшілігінде «себепсіз» әлсіздік, нашар көңіл-күй, жұмысқа қабілеттіліктің төмендеуі, баста ауырлық және кернеу сезімі, сирек-бас ауру анықталған. Кейіннен үдемелі атеросклероздың негізгі симптомдары қосылған: ұйқының, есте сақтау қабілетінің, көрудің бұзылуы, бас айналу, құлақтағы, бастағы шу, жүрек тұсындағы ауру сезімі, ентігу, жүрек ырғағының бұзылыстары, эмоциональды тұрақсыздық. АГ-мен ұзақ ауыратын егде жастағы науқастар соңғы болған оқиғаларды есте сақтаудың, жаңа оқиғаларды игерудің, зейіннің төмендегенін, адекватты емес эмоционалды реакциялардың пайда болғандығын байқаған.

Гипертоникалық криздердің (ГК), Әсіресе I типті (симпато-адреналды) (жастармен салыстырғанда) азайғандығын атап көрсету қажет. Егде жастағы науқастарда криздер жиілігі сирегенмен ағымы жастармен салыстырғанда

ауырлау өтті. ГК ағымының ауырлығы гериатриялық науқастарда ырғақ бұзылыстары, күш түсу стенокардиясы, МИ, жедел сол қарыншалық жүрек жетіспеушілігі (ЖСҚЖЖ), ми қанайналымының динамикалық бұзылыстары немесе ми инфаркті сияқты асқынуларға алып келген [2].

Осылайша тексерістен өткен науқастарда АГ келесі клиникалық ерекшеліктерге ие:

1. Сырқат жиі адам өмірінің кеш кезеңдерінде (6-7-8 он жылдықтарда) пайда болады. Сирек өмірдің ерте кезеңінде басталған аурудың жалғасы болып табылады, бірақ АГ кеш кезеңіне тән ерекшеліктермен жүреді.

2. Клиникасында ауру сезімінің айқындылығы төмен болғандықтан, ерте диагностиканы қиындатады.

3. Артериялық тамырлардың және гемодинамиканың жасқа байланысты өзгерістеріне байланысты салыстырмалы САҚ- жоғары деңгейде, ДАҚ- төмен деңгейде болуы ПҚ жоғарлауына алып келеді.

4. Жастық өзгерістерге және үдемелі атеросклерозға байланысты маңызды мүшелердің және жүйелердің функционалды жетіспеушілігінің белгілері өте жылдам қосылады.

5. Жастарға қарағанда МИ, инсульт, ЖСҚЖЖ, бүйрек жетіспеушілігі сияқты асқынулар аздаған қосымша қолайсыз өсерлер нәтижесінде жиірек дамиды.

6. ГК симпато-адреналды (I) типі салыстырмалы сирек анықталған Жиі криз ағымы су-тұз типі бойынша өтеді және сол қарынша жетіспеушілігімен және қанайналымының бұзылыстарымен қатар өтеді [3].

Қорытынды:

АГ егде жастағы науқастарда минимальды клиникалық көріністермен жүреді, бірақ асқынулардың жылдам дамуымен ерекшеленеді. Егде және қарт науқастарда АГ белгілерінің аздығы, латентті ағымы ерте және өз уақытындағы диагностика мүмкіндіктерін қиындатып, осы категориядағы АГ нәтижелі емдеу мүмкіндігін азайтады [4].

АГ диагностикасының сәттілігін арттыру мақсатында геронтологиялық тұрғындарға көрсетілетін көмек көрсету кезінде өртүрлі диагностикалық скрининг бағдарламасын белсенді енгізу қажет.

ӘДЕБИЕТТЕРДІҢ ТІЗІМІ

- 1 «Саламатты Қазақстан» ҚР денсаулық сақтаудың 2011 – 2015 жылдарға мемлекеттік бағдарламасы.
- 2 Филатова С.А., Безденежная Л.П., Андреева Л.С. Геронтология: оқулық. – 5-ші басылым. – Ростов н/Д.: Феникс, 2009. – 510 б. – (СПО).
- 3 Воробьева Т.Е., Куницына А.Я., Малеева Т.Ю. Гериатрия. - Ростов н/Д.: Феникс, 2009. – 152 б.
- 4 Сағындықова А.Ж. Организация медицинской помощи пожилым – важная задача здравоохранения // CONSILIUMMEDICUM. – 2010. – Т. 27, № 3. - С. 94-95.

А.И. ҚАРАБАЕВА, А.Н. ШАМЕТОВА, Н.А. САРМАНОВА, У.А. ДАЙЫМБАЕВА, А. ДУРБАЕВ, Ф. АҚЖОЛБАЕВА ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Резюме: В статье проанализированы особенности клинического течения АГ у пожилых пациентов Алмалинского района г. Алматы. Проведено ретроспективное обследование пожилых пациентов за период 01.12-12.12. г. В результате выявлено, течение АГ у пожилых характеризуется малосимптомным и латентным течением с быстрым развитием осложнений, что обуславливает затруднение ранней диагностики и диктует необходимость активного внедрения скрининговых программ в геронтологической службе на догоспитальном этапе.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, пожилые пациенты, клиническое течение.

THE FEATURES OF CLINICAL CURRENT OF ARTERIAL HYPERTENSION IN PERSONS OF ELDERLY AGE

Resume: In the article features of clinical current had analysed of AG at elderly patients of Almal district of Almaty. Retrospective examination had conducted of elderly patients during 01.12-12.12. It is as a result revealed, AG current at the elderly is characterized by a little symptoms and latency current with fast development of complications that causes difficulty of early diagnostics and dictates need of active introduction of screening programs for gerontological service at a pre-hospital stage.

Keywords: arterial hypertension, elderly patients, clinical current.

УДК 616.12-005.4:616.12-008.46-073

**Б.Ш. ТУКЕШЕВА, А.Б. АЛЬМУХАНОВА, С.А. САДИРОВА, Л.Б. НУРГАЛИЕВА,
А.Ж. БЕКМАТОВА**

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, кафедра внутренних болезней №1;
Городская клиническая больница №1, г.Алматы

АНАЛИЗ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЗНАЧИМОСТИ КРИТЕРИЕВ КАРДИОРЕНАЛЬНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

У 53 пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) было проведено определение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле Кокрафт-Гаулт. Все пациенты были разделены на группы, в зависимости от показателя СКФ. Было установлено, что определение уровня креатинина в сыворотке крови не всегда отражает изменения СКФ, что свидетельствует о возможности допущения серьезной недооценки почечной функции, основанной на определении одного лишь креатинина.

Ключевые слова: кардиоренальный синдром, скорость клубочковой фильтрации, креатинин, ИБС.

Известно, что хроническое нарушение сердечной функции приводит к дисфункции и повреждению почек, получившее название кардиоренальный синдром.

В качестве причин и предрасполагающих к появлению последнего факторов рассматривают артериальную гипертензию (АГ), анемию, дислипидемию, ИБС, сахарный диабет (СД), метаболический синдром/абдоминальное ожирение, хронические и реноваскулярные заболевания почек.

С другой стороны, поражение почек влияет на снижение сердечной функции и увеличивает риск сердечно-сосудистых осложнений. Скандинавскими исследователями впервые было показано влияние почечной дисфункции на увеличение сердечно-сосудистой смертности после перенесенного инфаркта миокарда (ИМ) в отдаленном периоде на 52% (1,2).

Целью исследования явилось выяснение возможностей ранней диагностики поражения почек у больных ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материал и методы исследования

Клиническому анализу было подвергнуто 53 пациента кардиологического отделения ГКБ №1, поступивших на лечение по порталу. Из анализа были исключены больные со сниженной массой тела и заболеваниями печени (может отсутствовать повышение креатинина, несмотря на прогрессивное ухудшение функции почек). Средний возраст их составил 60,9±15,7 лет (возраст колебался от 32 до 89 лет), женщин -26, мужчин 27 человек.

Статистической обработке были подвергнуты возраст, вес, креатинин крови, фракция выброса (по данным эхокардиографии), протеинурия и скорость клубочковой фильтрации (СКФ), которую рассчитывали по формуле Кокрафт-Гаулт (Cockcroft-Gault): $СКФ = [(140 - \text{возраст (годы)} \times \text{масса тела (кг)} \times 88) / [\text{креатинин (мкмоль/л)} \times 72]$. Для женщин результат умножали на 0,85 (3).

Все пациенты, согласно практическим рекомендациям Национального почечного фонда, были разделены на группы, в зависимости от показателя СКФ по следующей классификации:

Таблица 1 - Классификация хронических заболеваний почек (NKF, K/DOQI, 2002)

Стадия	Описание	СКФ мл/мин	План действий
0	Факторы риска	≥90	Скриннинг, снижение риска
1	Поражение почек с нормальной или повышенной СКФ	≥90	Диагностика и лечение, направленное на замедление прогрессирования и снижения риска ССЗ
11	Мягкое снижение СКФ	60-89	Выяснение скорости прогрессирования
111	Умеренное снижение СКФ	30-59	Выявление и лечение осложнений
1У	Тяжелое снижение СКФ	15-29	Подготовка к заместительной терапии
У	Терминальная стадия почечной недостаточности (ПН)	≤15	Заместительная терапия

Результаты исследования

Как видно из таблицы 2, среди обследованных преобладало количество пациентов с 1 и 11 стадией поражения почек (46 - 81,5 % человека из 53).

Таблица 2 - Клиническая характеристика пациентов

№	Диагноз	1 степень (n=24)	11 степень (n=22)	111-1У степень (n=7)
1	ИБС	5 (20,8 %)	6 (27 %)	-
2	ИБС+АГ	19 (79 %)	17 (77 %)	6 (85 %)
3	ПИКС	12 (50 %)	7 (32 %)	1 (14 %) *
4	ОНМК	2 (8 %)	-	-
5	ИБС+АГ+СД	3 (12,5 %)	2 (9 %)	2 (28 %)

6	XCH 11 а	15 (63 %)	19 (86 %)	5 (71 %)
7	XCH 11 6-111	9 (37 %)	3 (14 %)	2 (28 %)

Примечание: * - достоверность различий по отношению с 1 степенью почечного поражения ($p \leq 0,05$)

Среди 53 больных преобладали пациенты с сочетанием ИБС и АГ, что составило 42 человек (79 %). Больных с изолированной ИБС было 11 человек (20,7 %), а сочетание ИБС с АГ и СД составило 7 человек (13,2%). Достоверных различий по виду и количеству нозологических форм в группах с разной степенью почечного поражения выявлено не было, однако, случаев с перенесенным постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС) было достоверно меньше в

группе с тяжелой степенью почечного повреждения (1 пациент 89 лет).

Как видно из таблицы 3, в группе с 1 стадией почечного поражения среднее содержание креатинина плазмы крови колебалось в пределах нормальных значений (норма 53-115 мкмоль/л), тогда как средний показатель СКФ (норма 60-120 мл/мин) был самым высоким по сравнению с другими стадиями почечного поражения и превышал верхний пороговый уровень нормы.

Таблица 3 - Динамика изменений креатинина и СКФ в зависимости от стадии почечного поражения

№	Стадии почечного поражения	Возраст (лет)	Вес (кг)	ФВ (в %)	Степень НК		Креатинин крови (мкмоль/л)	СКФ (мл/мин)
					1-11а	116-111		
1	1 стадия с нормальным или повышенным СКФ (n=24)	62,3±6,3	84,3±18,5	53,3±8,7	15 (63%)	9 (37%)	66,3±2,5	132,8±19,7
2	11 стадия с мягким снижением СКФ (n=22)	65±3,8	68,2±15,3	55,2±9,3	18 (86%)	3 (18%)	78,9±3,7 $p \leq 0,001$	74,3±1,2 $p \leq 0,001$
3	111 стадия с умеренным снижением СКФ (n=7)	76,5±6,5 $p \leq 0,05$	75,4±11,7	54±12,7	5 (66%)	2 (33%)	122,3±11,1 $p \leq 0,001$	49,4±3,7 $p \leq 0,001$
4	1У стадия с тяжелым снижением СКФ (n=1)	76	82	43	-	1	174	29

Примечание: P - достоверность различий по отношению к 1 степени почечного поражения

Обращал на себя внимание большой разброс показателя СКФ от 91,5 до 315,3 мл/мин. При раздельном анализе 5 б-х (20,8 %), выделяющихся максимально высокими показателями СКФ, у них были обнаружены самые низкие показатели ФВ (что в среднем составило 40,8±8,9 %), которые сочетались с более низким содержанием креатинина плазмы крови. В одном случае содержанием креатинина было ниже нормального уровня - 42 мкмоль/л.

К особенностям клинических характеристик этой группы можно отнести преобладание больных с избыточным весом (от 100 до 150 кг), никтурией и увеличением суточного диуреза, что, по мнению других исследователей (3), свидетельствовало о наличии компенсаторной гиперфункции оставшейся почечной ткани, проявляемой преобладанием тонуса эфферентных артериол почек, обеспечивающих движущую силу процесса фильтрации за счет активизации вазоконстрикторных субстанций (ангиотензин 11 и др.) в условиях сниженной сократительной функции миокарда. Протеинурия в среднем была незначительной (колебалась от 0,066 до 0,33 г/л), установлена лишь в 4 случаях.

11 стадия почечного поражения характеризуется отсутствием существенного разброса всех показателей вариационных рядов, однако, у больных этой группы зафиксирован достоверно более высокий уровень

средних значений креатинина, который не превышал норму, однако сопровождался уже достоверным снижением СКФ на 44 % от уровня 1 стадии и на 17 % от нормы (показатели колебались от 61,2 до 87,7 мл/мин), возможно за счет истощения эндогенных сосудорасширяющих средств (простагландины и др.). Протеинурии не было ни в одном случае.

У пациентов с 111 и 1У стадией почечного поражения установлен уже патологический уровень креатинина, превышающий верхнюю границу лабораторной нормы в 1,8 и 2,6 раза соответственно, а также стабильное снижение СКФ на 62% и 78% по сравнению с 1 стадией почечного поражения.

Клинически 111 и 1У стадии почечного поражения проявлялись снижением суточного диуреза, отсутствием достаточного мочегонного эффекта от введения фуросемида. Протеинурия была установлена лишь в двух случаях (0,033 г/л и 3,3 г/л) без всякой взаимосвязи от СКФ. Обращает внимание преобладание в этой группе лиц старческого возраста (возраст колебался от 72 до 89 лет), тогда как в 1 и 11 группах он колебался от 46 до 76 лет. Негативный вклад преклонного возраста многие исследователи объясняют нарушением ауторегуляторных реакций в условиях гипоперфузии почек при сердечной недостаточности. Большое значение в данной ситуации имеют снижение сосудистого сопротивления афферентных артериол и

поддержание тонуса эфферентных артериол. Однако, в случаях с распространенным атеросклерозом и артериальной гипертензией, когда гиалиноз и миоинтимальная гиперплазия вызывают структурное сужение артериол, защитные механизмы не срабатывают (3).

1У стадия почечного поражения со снижением СКФ до 29 мл/мин и повышением содержания креатинина в крови до 174 мкмоль/л установлена у 1 пациентки 76 лет на фоне развития стойкой сердечной недостаточности с выраженным отеочным синдромом, а также олигурией, резистентной к введению мочегонных средств (фуросемид 80-100 мг в/в).

По мнению Американского и Итальянского общества нефрологов, полученные нами изменения необходимо расценивать уже как почечную недостаточность, которая предполагает повышение креатинина сыворотки крови в 3 раза, а снижение СКФ на $\geq 75\%$, тогда как при дисфункции необходимо констатировать повышение креатинина в 2 раза, а снижение СКФ на $\geq 50\%$ (4). Последнее обстоятельство требовало применение других подходов, очевидно, ультрафильтрации, т.к. известно, что увеличение дозы диуретиков может стать дополнительным ятрогенным механизмом развития острой почечной недостаточности (ОПН).

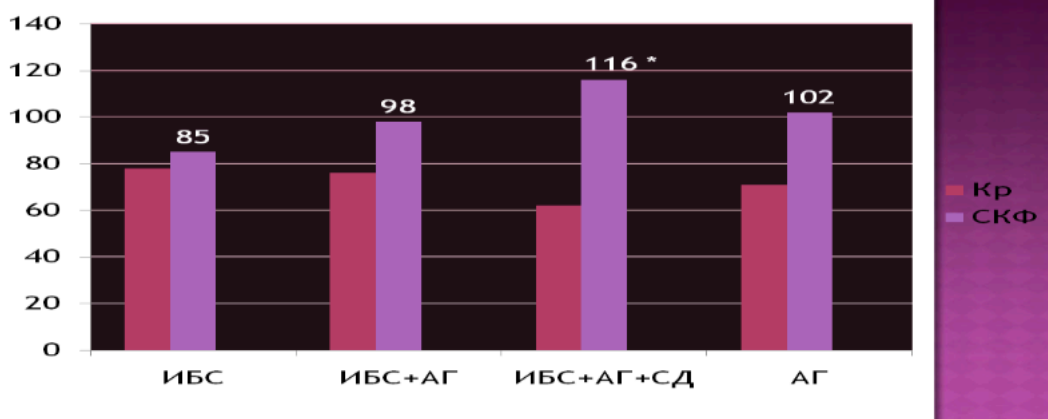


Рисунок 1 - Динамика изменений уровня СКФ и содержания креатинина в зависимости от нозологии (* - $p \leq 0,05$ достоверность различий по отношению к группе больных ИБС).

Как видно из рисунка 1, присутствие АГ сопровождается ростом СКФ более 90 мл/мин, причем, наличие СД в качестве сопутствующего заболевания приводит к еще большему росту этого показателя. Уровень содержания креатинина колеблется в пределах нормальных значений.

В настоящее время в клинической практике широко распространена методика диагностики ОПН по уровню сывороточного креатинина. К сожалению, этот показатель имеет достаточно низкую чувствительность, специфичность и не всегда дает достоверную информацию об изменениях функции почек (5), что обнаружено и в нашем исследовании. В других экспериментальных исследованиях выявили развитие ПН тогда, когда креатинин еще даже не начал увеличиваться (6), что авторы объясняли большим функциональным резервом почек. Поэтому многие исследователи считают СКФ более точным показателем, отражающим функциональное состояние почек.

Таким образом, повышение уровня креатинина в сыворотке крови не всегда отражает изменения СКФ, что свидетельствует о возможности допущения серьезной недооценки почечной функции, основанной на определении одного лишь креатинина. Практически 1-111 стадии почечного повреждения не диагностируются, а следовательно и не лечатся.

Назрела необходимость:

- ✓ внедрения метода определения СКФ у больных кардиологического профиля на ранних стадиях сердечной недостаточности;
- ✓ проведения нефропротективной терапии с установления 1 стадии почечного повреждения (при высоких СКФ - более 90 мл/мин) по ступенчатой программе;
- ✓ внедрения метода ультрафильтрации в случаях отеочного синдрома, рефрактерного к традиционным мочегонным средствам.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Ronco C., Haapio M., House A. et al. Cardiorenal syndrome//JACC. – 2008. -52 (19). - P.1527-1539.
- 2 Cockcroft D.W., Gault M.N. Prediction of creatinine clearance from serum creatinine// Nephron. - 1976. - V.16. - P. 31-41.
- 3 Bellomo R. Acute Dialysis Quality Initiative 11: the Vicenza conference / R.Bellomo et al. // Curr Opin Crit Care. - 2002. - № 8. P.505-508.
- 4 Серов В.А., Шутов А.М., Сучков Е.Р. и др. Прогностическое значение снижения функции почек у больных с хронической сердечной недостаточностью // Нефрология и диализ. – 2008. - Т.10, № 3-4. - С. 214-218.
- 5 Резник Е.В., Гендлин Г.Е., Гущина В.М., Сторожаков Г.И. Хроническая болезнь почек у больных хронической сердечной недостаточностью // Нефрология и диализ. – 2010. - Т. 12, 31. - С.13-24.

**Б.Ш ТУКЕШЕВА, А.Б ӨЛМҰХАНОВА, С.А СӘДИРОВА, Л.Б НҰРҒАЛИЕВА,
А.Ж БЕКМАТОВА**

ЖИА-СЫ БАР НАУҚАСТАРДА КАРДИОРЕНАЛДЫ СИНДРОМЫНЫҢ ДИАГНОСТИКАЛЫҚ ӨЛШЕМДЕРІ ЕЛЕУЛІГІНІҢ АНАЛИЗИ

Түйін: ЖИА-сы бар 53 науқаста шумақтық фильтрацияның жылдамдығы (ШФЖ) анықталды. Қанда креатининнің мөлшері ШФЖ-ң өзгерістерін барлық жағдайда көрсетпейді. Сондықтан тек қана креатининнің деңгейін зерттеу бүйрек қызметінің өзгерісін дұрыс бағаламайды.

Түйінді сөздер: кардиореналды синдром, шумақтық фильтрацияның жылдамдығы, креатинин, ЖИА.

**B. SH. TUKESHEVA, A.B. ALMUKHANOVA, S. A. SADIROVA, L.B. NURGALIEVA,
A. ZH. BEKMATOVA**

**ANALYSIS OF DIAGNOSTIC MEANINGFULNES OF CRITERIA OF CARDIORENAL SYNDROME FOR PATIENTS
ISCHEMIC HEART DISEASE IHD**

Resume: For 53 patients with ischemic heart disease determination of speed of glomerular filtration (SGF) was conducted on the formula of Cockcroft-Gault. All patients were divided into groups, depending on the index of SGF. It was set that determination of level of kreatinine in the serum of blood not always reflects the changes of SGF, that testifies to possibility of assumption of serious underestimation of the kidney function based on determination of one only kreatinine.

Keywords: cardiorenal syndrome, speed of glomerular filtration, kreatinine, IHD.

А.Т. БАРМАГАМБЕТОВА

КГП на ПХВ Атырауская городская поликлиника №3
г.Атырау

СМЕРТНОСТЬ ОТ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ СТРАН СНГ

Сердечно-сосудистые заболевания являются основной причиной смерти во всем мире: ни по какой другой причине ежегодно не умирает столько людей, сколько от сердечно-сосудистых заболеваний. Эта проблема в разной степени затрагивает страны с низким и средним уровнем дохода. Более 80% случаев смерти от сердечно-сосудистых заболеваний происходит в этих странах, почти в равной мере среди мужчин и женщин. К 2030 году по прогнозам около 25 миллионов человек умрет от сердечно-сосудистых заболеваний, главным образом, от болезней сердца и инсульта, которые, по прогнозам Всемирной организации здравоохранения, останутся единственными основными причинами смерти.

Ключевые слова: сердечно-сосудистые болезни, смертность, хронические неинфекционные заболевания

Наиболее значимые хронические неинфекционные заболевания (ХНЗ)- сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), онкологические, хронические респираторные заболевания, диабет, которые вместе вызывают 59% из 57 миллионов смертей ежегодно в мире и составляют 46% глобального бремени болезни. Одной из главных медико-социальных проблем среди ХНЗ для всего человечества являются сердечно-сосудистые заболевания, как по распространенности, тяжести осложнений, так и моральному и материальному ущербу. Сердечно-сосудистые заболевания - группа заболеваний сердца и сосудов, включает артериальную гипертензию, ишемическую болезнь сердца (ИБС), цереброваскулярные заболевания (инсульт), болезни периферических сосудов, сердечную недостаточность, ревматизм, врожденные пороки сердца, кардиомиопатии [1].

В структуре общей смертности во всем мире ССЗ занимают лидирующие позиции. Так по данным ВОЗ

Более 50% смертей и нетрудоспособности вызваны заболеваниями сердца. От ишемической болезни сердца и инсульта умирают 12 млн. человек каждый год. Считавшиеся ранее болезнями индустриально развитых стран, ССЗ стремительно охватывают развивающиеся регионы. Так, около 80 % всех смертей от ССЗ имеют место в развивающихся странах и странах с низким и средним доходом, причем возраст смерти от ССЗ относительно более молодой в этих странах, чем в развитых [2].

По данным ВОЗ анализ показателей смертности от ишемической болезни сердца по странам СНГ показало, что наиболее высокие уровни смертности регистрируются в Республике Молдова – 496,16 на 100 тыс. населения, затем по убыванию в Украине (491,91), Кыргызстане (444,59), Российской Федерации (359,33), Литве (313,91), Латвии (248,88), Эстонии (199,15), Румынии (187,19), Казахстане (181,32), Чехии (161,82), Болгарии (114,26) (рис 1). [3].

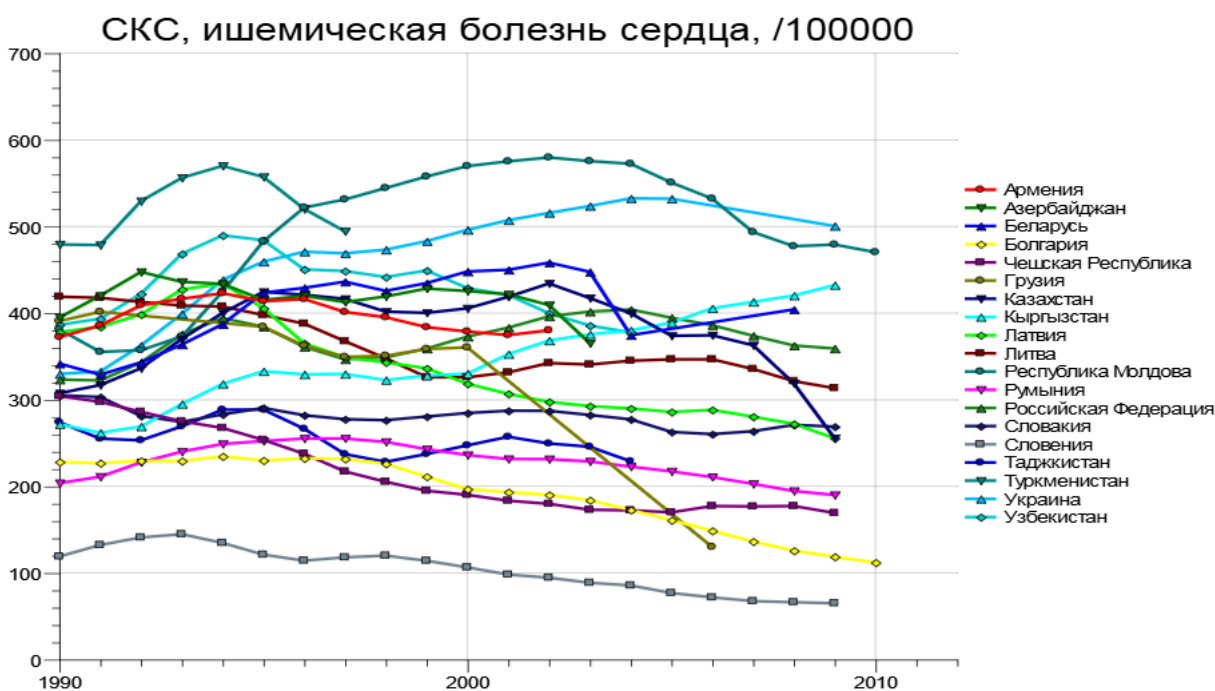


Рисунок 1 - Структура смертности от ИБС среди стран СНГ

Анализ смертности от ишемической болезни сердца по Республике Казахстан за последние 10 лет показывает значительное снижение в 2,3 раза, в 2001 г. – 420,22

случая на 100 тыс. населения и 2010 г. – 181,32 случая (рис 2).



Рисунок 2 - Структура смертности от ИБС в Казахстане

Но, тем не менее, наиболее высокие уровни смертности от ИБС в 2011 году регистрируются в Акмолинской области с показателем 163,74 случая на 100 тыс. населения, при республиканском показателе – 100,27 случая. На втором месте Павлодарская область (158,18), на третьем В-Казахстанская область (155,17), далее С-Казахстанская (147,16) и Жамбылская (115,48) области [4]. ИБС – далеко не гериастрическая проблема: люди молодого, трудоспособного, творчески активного возраста становятся ее жертвами, что нередко приводит к полной или частичной утрате их трудоспособности, снижая, таким образом, трудовой потенциал общества.

Немаловажен факт снижения рождаемости в ряде регионов, что может явиться одним из важнейших факторов формирования тяжелой демографической ситуации в стране.

Снижение смертности от ишемической болезни сердца в Казахстане благодаря открытию новых инновационных центров, внедрению передовых технологий профилактики, диагностики и лечения заболеваний сердечно-сосудистой системы, в том числе коронарография, стресс-эхокардиография, чреспищеводная электрическая стимуляция предсердий и др.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я. Смертность от сердечно-сосудистых и других хронических неинфекционных заболеваний трудоспособного населения России // Кардиоваскулярная терапия и профилактика.. – 2002. – №3. – С. 12-13.
- 2 Шестаков В.П. Научное обоснование системы оценки и контроля качества медико-социальной реабилитации инвалидов: автореф. дисс. ... докт. мед. Наук. - 14.00.33. - М.: 2008. – 56 с.
- 3 Европейская база данных по смертности регионального бюро ВОЗ.
- 4 Статистический сборник «Здоровье населения РК и деятельность организаций здравоохранения в 2011 году». - Астана: 2012 г.

А.Т. БАРМАГАМБЕТОВА

ЖҮРЕК-ҚАН ТАМЫР АУРУЛАРЫНАН ТМД ЕЛДЕРІНІҢ АРАСЫНДАҒЫ ӨЛІМ-ЖІТІМІ

Түйін: Дүниежүзі бойынша жүрек-қан тамыр аурулары өлім себептерінің бірі болып таңылады: жылсайын жүрек-қан тамыр ауруларынан қайтыс болған адамдардың саны ұлғайып барады. Бұл мәселе төмен және орта табысты дәрежедегі өртүрлі мемлекеттерде тіркеледі. Осы елдерде жүрек-қан тамыр аурулары өлім оқиғалардың 80% құрап, ерлер мен әйелдердің арасында кездеседі. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының болжауы бойынша 2030 жылы 25 миллиондаған адамдар жүрек ауруынан, инсульттан қайтыс болады деген және өлім себептерінің ішінде негізгі болады деген.

Түйінді сөздер: жүрек-қан тамыр аурулары, өлім, созылмалы инфекциялық емес аурулар

A.T. BARMAGAMBETOVA

DEATH RATE FROM CARDIOVASCULAR DISEASES AMONG THE HABITANTS OF COUNTRIES THE NEWLY INDEPENDENT STATES

Resume: Cardiovascular diseases are the main reason for death around the world: for any other reason so many people, how many annually don't die of cardiovascular diseases. This problem in different degree mentions the countries with the low and average level of the income. More than 80% of cases of death from cardiovascular diseases occur in these countries, almost equally among men and women. By 2030 according to forecasts about 25 million people will die of cardiovascular diseases, mainly, from heart troubles and a stroke which, according to World Health Organization forecasts, remain the only main reasons for death.

Keywords: cardiovascular illnesses, death rate, chronic uninfected diseases

УДК: 616.127-005.8

Н.А. ТАУБАЛДИНОВА

ГККП «Талгарская центральная районная больница»
г.Талгар

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

В работе представлена структура распространенности болезней сердечно-сосудистой системы среди населения Казахстана по официальным статистическим данным.

Ключевые слова: цереброваскулярные заболевания, сердечно-сосудистые заболевания, инфаркт миокарда, ишемическая болезнь сердца, распространенность.

Многочисленные медицинские исследования, проведенные за последние десятилетия, исследовали причины и механизмы сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Эпидемиологические исследования в различных группах популяций, биохимические исследования на животных, клинические испытания и широкомасштабные популяционные исследования доказали, что основой для развития ССЗ, являются нездоровый образ жизни, или негативные физические и социальные среды. То есть, это позволило выявить ключевые факторы риска, вызывающие возникновение и прогрессирование ССЗ. По показателю DALYs до 60% общего бремени заболеваний обусловлено семью

основными факторами риска: повышенное артериальное давление-12,8%, курение-12,3%, употребление алкоголя-10,1%, повышенный уровень холестерина в крови-8,7%, избыточная масса тела-7,8%, недостаточное потребление овощей и фруктов в пищу-4,4%, малоподвижный образ жизни-3,5%. Также, диабет признан одним из главных факторов риска развития ССЗ [1,2].

В Казахстане в структуре заболеваемости ССЗ среди лиц от 18 лет и старше на первом месте ишемическая болезнь сердца (445,6 случаев на 100 тыс.населения), затем цереброваскулярные болезни (189,0) и острый инфаркт миокарда на третьем месте (53,6) (рис.1).

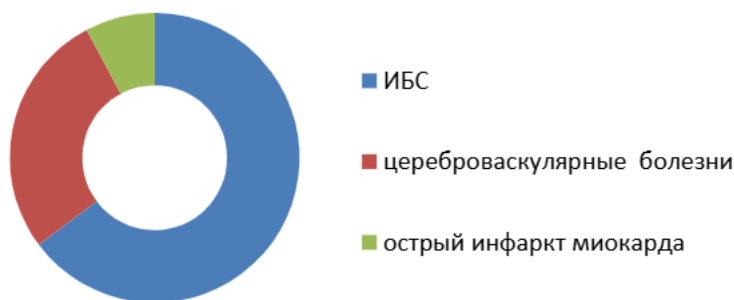


Рисунок 1 - Структура распространенности ССЗ среди населения РК в 2011г.

Анализ заболеваемости ишемической болезни сердца в разрезе областей показал, что наиболее высокие уровни регистрируются в Жамбылской области с показателем 846,2 случая на 100.тыс населения, далее по убыванию С-Казахстанская (504,1), Алматинская (462,2), Ю-Казахстанская (445,9), Атырауская (434,0) области (рис. 2).

Цереброваскулярные болезни чаще встречались у населения С-Казахстанской области (305,5), затем в

Жамбылской (285,4), Павлодарской (277,0), З-Казахстанской (217,5) и Костанайской (200,4) областях. Наиболее высокие уровни острого инфаркта миокарда имели население С-Казахстанской области (137,7 случая на 100 тыс.населения), В-Казахстанской области (105,9), Акмолинской (89,9), Карагандинской (85,4) и Павлодарской (58,3) областей[3].

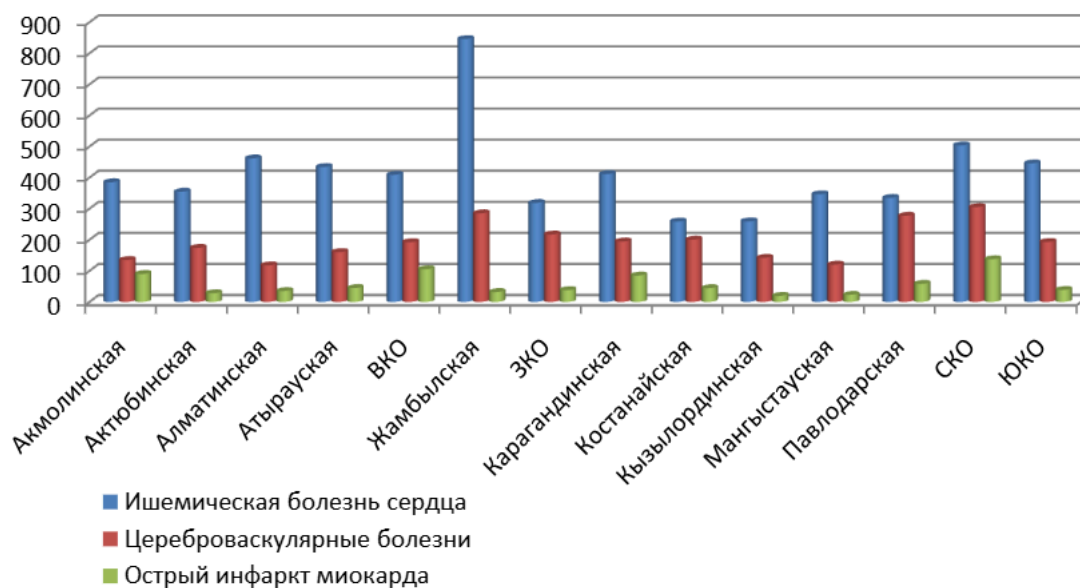


Рисунок 2 - Структура распространенности СЗЗ по областям РК в 2011г.

Распространенность СЗЗ среди населения в возрасте 18 лет и старше чаще встречается у городских жителей, нежели чем у сельских жителей (таб.1).

Таблица 1 - Распределение СЗЗ среди городских и сельских жителей в 2011 г. (на 100 тыс. населения)

Ишемическая болезнь сердца		Цереброваскулярные болезни		Острый инфаркт миокарда	
город	село	город	село	город	село
467,0	417,0	220,8	146,7	63,9	39,8

Проблема борьбы с СЗЗ среди населения приобретают общегосударственное значение в силу высокой заболеваемости, высокий уровень инвалидизации и смертности от них, длительное, нередко пожизненное,

медикаментозное лечение, а также его дороговизна, диктует необходимость уделять все большее внимание ранней первичной профилактике этих заболеваний.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Preventing chronic diseases: a vital investment. Geneva, World Health Organization. - 2005
- 2 Колпакова Е.В. Качество жизни и артериальная гипертония: роль оценки качества жизни в клинических исследованиях практической деятельности врача. Терапевтический архив. – 2000. - №4. - С.71-74
- 3 Статистический сборник «Здоровье населения РК и деятельность организаций здравоохранения в 2011 году». - Астана: 2012 г.

Н.А. ТАУБАЛДИНОВА

ЖҮРЕК-ҚАН ТАМЫР АУРУШЫЛДЫҒЫНЫҢ КАЗІРГІ КЕЗДЕГІ ЖАҒДАЙЫ

Түйін: Бұл мақалада ресми статистикалық мәліметтер бойынша есептелген Қазақстандағы жүрек-қан тамыр ауруларының қазіргі кездегі таралу құрылымы берілген.

Түйінді сөздер: цереброваскулярлы аурулар, жүрек-қан тамыр аурулары, миокард инфаркты, жүректің ишемиялық ауруы, таралу.

N.A. TAUBALDINOVA

CURRENT STATE OF PREVALENCE CARDIOVASCULAR DISEASES

Resume: In work the structure of prevalence of diseases of cardiovascular system among the population of Kazakhstan according to official statistical data is presented.

Keywords: tserebrovaskulyarny diseases, cardiovascular diseases, myocardial infarction, coronary heart disease, prevalence.

Н. САБИРОВА

КГКП «Махамбетская центральная районная больница Управления здравоохранения Атырауской области», с. Махамбет

СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖЕНЩИН В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Состояние здоровья женщин, за последние годы значительно ухудшилось, что связано главным образом с социально-экономическим стрессом и профессиональной деятельностью, негативно влияющих на качество жизни.

Ключевые слова: женщины, сердечно-сосудистые болезни, смертность.

Женское население страны насчитывает 8632,6 млн. человек, при общей численности населения Республики Казахстан – 16675,4 млн.человек [1]. Работающее население это именно та сила, которая создает и поддерживает материальную основу общества. Здоровье - это не только интегральный показатель качества жизни, но и один из решающих экономических факторов.

Существует мнение, что сердечно-сосудистые заболевания - это преимущественно мужские болезни. Однако, по данным официальной статистики различные болезни сердца являются причиной летального исхода у каждой второй умершей женщины.

Пугает и то, что по данным Американского общества кардиологов, из всех умерших скоропостижно у 50% мужчин и 63% женщин раньше не было признаков какой-либо сердечной болезни, и первые симптомы оказались последними. Женщины должны быть на страже своего здоровья.

Сердечно-сосудистые заболевания, которые являются ведущей причиной болезненности, инвалидности и

смертности представляют основную проблему для здоровья населения Казахстана, считают эксперты. В 2011 году в мире зарегистрировано 2284,3 случаев болезней системы кровообращения на 100 тысяч населения [2].

В структуре общей заболеваемости среди населения РК сердечно-сосудистые заболевания находятся на 2 месте (11751,1 случая на 100 тыс.населения). Смертность от болезни системы кровообращения составила в 2011г. - 309,61 случая. Если анализировать ситуацию по болезням, характеризующиеся повышенным кровяным давлением в 2011 году, то можно отметить что, республиканский показатель заболеваемости равен 1013,9 случая на 100тыс. населения и из них, женщин - 1270,3 случая [3].

По сравнению с 2010 годом (1019,8) отмечается умеренный рост заболеваемости. Наиболее высокий уровень заболевания у женщин фиксируется в Жамбылской области (2202,1), затем Алматинской (1630,7) и Ю-Казахстанской областях (1438,1) (рис. 1).

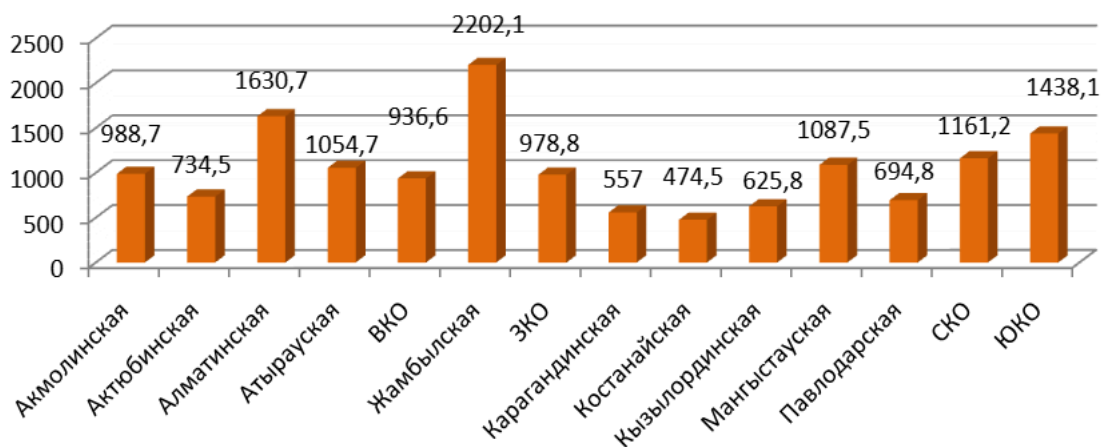


Рисунок 1 - Структура распространенности ССЗ среди женщин

Лидирующими факторами риска развития сердечно-сосудистых заболеваний у женщин признаны: курение (за последние несколько лет заметно увеличение числа курящих женщин); избыточная масса тела, артериальная гипертензия, чрезмерное употребление алкоголя.

Рост сердечно-сосудистых заболеваний стал превалировать у женщин в связи с тем, что современные женщины занимают более активную социальную позицию. Почти половина трудящихся во вредных и опасных условиях – женщины [4].

Заболевания, которые ранее были характерны для мужчин, стали чаще наблюдаться у женщин. Женщины,

курающие, страдающие сахарным диабетом, имеют риск сердечно-сосудистых заболеваний в 3-4 раза выше.

По прогнозам экспертов, к 2020 году смертность от сердечно-сосудистых заболеваний вырастет с 29% (показатель 2001 года) до 37%.

Вот важные параметры, которые подлежат контролю:

1. Артериальное давление. Всемирная Организация Здравоохранения рекомендует цифры ниже 130/85 мм рт. ст. считать нормальными, а меньше 120/80 мм рт. ст. - оптимальными, независимо от возраста.

Если отмечается 140/90 мм рт. ст. и выше - пора идти в поликлинику.

2. **Масса тела.** Существует специальный показатель - индекс массы тела (ИМТ). Он рассчитывается по формуле: $ИМТ = \text{масса тела в кг} / \text{рост в м}^2$. Если данные укладываются в интервал 20-25, считается нормой. При 19 и меньше у больного может быть метаболический стресс (обмен веществ на пределе допустимого напряжения). Вопрос решится после обследования.

Если индекс массы тела равен - 27 и более - избыточный вес - это показание для специальной диеты и интенсивных физических тренировок.

Если ИМТ-30 и более-ожирение, то требуется медикаментозное лечение.

3. **Переносимость физической нагрузки.** Американское общество кардиологов и ведущие российские специалисты-кардиологи рекомендуют б-минутный тест - ходьбу. За 6 мин быстрыми шагами по ровному месту человек проходит какое-то расстояние. Если он начал слишком быстро и остановился, чтобы отдышаться, то секундомер не выключают, т.е. время идет, а метры не прибавляются. В итоге, если за 6 мин наблюдаемый способен пройти 563 м и больше, то сердечной недостаточности у него нет. Если только 420 м, то надо идти к врачу, начинать обследование, а, возможно, и лечение. Если его "рекорд" - 372 или 287 м -то он больной человек, и ему необходимо госпитализироваться в кардиологический стационар.

Рекомендации пациенткам из группы риска (имеющим ССЗ):

- Женщинам с большим сердцем, как правило, нежелательна беременность.

- С осторожностью следует выбирать в качестве средства контрацепции оральные контрацептивы и ни в коем случае, не начинать их прием без предварительной консультации у врача. Большинство гормональных противозачаточных средств повышает свертываемость крови. В результате этого в сосудах могут образовываться тромбы. Попадая с током крови в различные органы, они могут стать причиной кровоизлияния в мозг и других осложнений.

- При пороках сердца противопоказаны внутриматочные спирали, т.к. они могут оказаться причиной воспаления и инфицирования.

Необходимо обозначить несколько опорных точек, ориентируясь на которые и мужчины, и женщины могут считать себя здоровыми или больными. Не стоит бояться кардиохирургических вмешательств и считать данную область кардиологии - «медициной отчаяния». На 100 000 населения имеется 500-800 больных митральным стенозом. 80% из них - молодые женщины. Статистика показывает, что после появления сердечной недостаточности через 5 лет живыми остаются только 50% если они не леченные.

Еще хуже обстоит ситуация с беременными. Немногие знают, что после 14-26 недель беременности таким женщинам делается относительно простая операция митральной баллонной вальвулотомии. В более поздние сроки - 37-39 недель - одновременно делается кесарево сечение. Если операция показана - лучше сделать ее раньше, когда запасы здоровья еще не подорваны окончательно какими-то осложнениями. Тем более, что есть данные о том, что женщины хуже, чем мужчины, переносят кардиохирургические вмешательства.

Европейское общество кардиологов, Европейское общество по атеросклерозу, Европейское общество по гипертензии рекомендуют следующие цели для профилактики сердечно-сосудистых заболеваний:

- отказ от курения и злоупотребления алкоголем;
- меньше соли, животных жиров и больше фруктов и овощей, рыбы и морепродуктов в диете;
- артериальное давление менее 140/90 мм рт.ст.;
- индекс массы тела менее 25;
- окружность талии у мужчин менее 94 см, у женщин - менее 80 см.

Американское общество кардиологов дает аналогичные установки, добавив физические тренировки длительностью не менее 30 мин 3-4 раза в неделю. С таких же позиций написана Памятка Всероссийского научного общества кардиологов [5,6].

Чтобы максимально отодвинуть печальный исход, следует помнить, что заболевания сердца лечатся не курсами, а пожизненно, как, например, диабет. Это принципиально важно. Могут поменяться препараты и дозировки, но таблетки придется принимать каждый день и всю оставшуюся жизнь.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Статистический сборник «Женщины и мужчины Казахстана 2007-2011». - Астана: 2012 г.
- 2 Глезер М.Г., Тхостова Э.Б., Демидова М.А., Белоусов Ю.Б. Моэксиприл при артериальной гипертензии у женщин в постменопаузе // Кардиоваскулярная терапия и проф.-2005. -№1. - С. 14-19.
- 3 Статистический сборник «Здоровье населения РК и деятельность организаций здравоохранения в 2011 году». - Астана: 2012 г.
- 4 Кириченко А. А. Гипертоническая болезнь у мужчин и женщин. - М.: 2003. – С. 72-83.
- 5 Кириченко А.А. Лечение гипертонической болезни у женщин в постменопаузе. Практик.врач. – 2003. -1.- С. 5-8.
- 6 Терещенко С.Н.,Атрошенко Е.С., Жиров И.В. Особенности патогенеза и фармакотерапии хронической сердечной недостаточности у женщин //Кардиология. -2006. - С.30-35.

Н.САБИРОВА

ҚР ӘЙЕЛДЕР АРАСЫНДАҒЫ ЖҮРЕК-ҚАН ТАМЫР АУРУЛАРЫНЫҢ ДЕҢГЕЙІ

Түйін: Соңғы жылдары әйелдер денсаулығының деңгейі төмендеген, осыған және өмір сүру сапасына әсер еткен факторлар әлеуметтік-экономикалық стресстер және кәсіби жұмысының ұйымдастырылуы.

Түйінді сөздер: әйелдер, жүрек-қан тамыр аурулары, өлім-жітім

N. SABIROVA

CONDITION OF CARDIOVASCULAR DISEASES AT WOMEN IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

Resume: The state of health of women, in recent years considerably worsened that is connected mainly with a social and economic stress and the professional activity, negatively influencing quality of life.

Keywords: women, cardiovascular diseases, mortality.

И.В. ШУМАКОВ, В.Г. КИМ, С.В. КРАСНОВ, О.В. ДУДЯК, В.Е. МАЛАХОВ

КГП на ПХВ «Кардиологический центр» г. Петропавловск

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ДРУГИХ ОРГАНОВ

Наличие у пациентов конкурирующей патологии: выраженной коронарной недостаточности и онкологического заболевания – не редко возникающая задача в государственных учреждениях с высокоспециализированной медицинской помощью, требующих симультанного оперативного лечения с применением современных медицинских технологий. Клинический опыт одномоментного выполнения операций аортокоронарного шунтирования (АКШ) в условиях искусственного кровообращения (ИК) и удаление злокачественных новообразований (С-г) других органов, в условиях регионального кардиологического центра Североказахстанской области г. Петропавловска.

Ключевые слова: Клинический опыт, симультанная операция, онкологическое заболевание, коронарная недостаточность, аортокоронарное шунтирование.

Сочетание этих патологий в популяции мужчин достигает 6,9%(4). Актуальность проблемы обусловлена ростом количества онкологических больных с конкурирующей ишемической болезнью сердца и высоким риском развития осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы (острый инфаркт миокарда, угрожающие жизни аритмии, острая сердечно-сосудистая недостаточность) в интра и послеоперационном периоде при проведении обширных операций по поводу новообразований. Хирургическое вмешательство при сопутствующей выраженной ишемической болезни сердца до недавнего времени считалось малоперспективным и даже опасным в связи с реальной угрозой развития во время операций и в ближайшем послеоперационном периоде тяжелых, а нередко фатальных осложнений: острая сердечная недостаточность, острый инфаркт миокарда, угрожающих жизни аритмий. Поэтому, как правило, таким больным плановое оперативное вмешательство не проводилось или откладывалось на неопределенное время.

В настоящее время нет единого алгоритма оперативного лечения таких больных. Традиционно лечение проводится поэтапно: первым этапом проводится аортокоронарное шунтирование, вторым - оперативное лечение по поводу злокачественного образования. Симультанные операции исключают возможность развития осложнений со стороны опухоли (перфорация полого органа, кровотечение из распадающейся опухоли и т.п.) в межэтапный период, позволяют в ранние сроки осуществить радикальное вмешательство по поводу новообразований, уменьшают вероятность прогрессирования опухолевого процесса из-за отсрочки лечения и сокращают сроки госпитализации. По данным литературы (1), использование во время симультанных операций аппарата искусственного кровообращения и системы Cell-Saver не повышает риск диссеминации в организме опухолевых клеток.

Материалы и методы:

В данной публикации мы хотели поделиться нашим наблюдением по проведению 2-х симультанных операций у пациентов с раком почки и раком желудка с конкурирующей сердечной патологией.

Пациент А., 56 лет доставлен каретой скорой медицинской помощи в кардиологический центр г. Петропавловска с диагнозом: острый инфаркт миокарда с жалобами на жгучие, давящие боли за грудиной, одышку возникшие за 5 часов до поступления.

Обследование: ЭКГ- клиника острого крупноочагового переднебокового инфаркта миокарда. ЭХО КГ- аорта-34 мм, левое предсердие-33мм, правый желудочек-24 мм, КДР-49мм, КСР-32мм, МЖП-12мм, фракция выброса-50%. Сократительная функция снижена, очаговые изменения боковой стенки, гипертрофия левого желудочка.

Пациенту в экстренном порядке проведена коронароангиография- выявлен стеноз ПМЖВ в проксимальном отделе 75% и в дистальном 90%. Протяженный стеноз в среднем отделе огибающей ветви 75%. Стеноз в проксимальном и среднем отделе правой коронарной артерии 35% и 50%.

УЗИ органов брюшной полости- гепатомегалия, диффузные изменения в поджелудочной железе, увеличение головки. Гипернефрома правой почки.

Учитывая то, что для почечно-клеточного рака характерно отсутствие значимого эффекта от химиолучевой терапии и основным методом лечения является хирургический, консилиумом совместно с онкологами решено провести симультанную операцию.

Пациенту проведена одномоментная операция на 16 сутки от развития острого инфаркта: МКШ на ПМЖВ и АКШ на ВТК2 в условиях искусственного кровообращения и радикальная нефрэктомия. Длительность операции составила 240 минут, искусственного кровообращения 51 минута, ишемии миокарда 21 минута.

Гистологическое исследование- гипернефроидный (светлоклеточный) рак с прорастанием лоханки, паранефральной клетчатки и надпочечника.

Пациент экстубирован в первые сутки, дренажи из плевральной полости и средостения удалены также в первые сутки от момента операции. Дренажи из околопочечного пространства удалены на 3 сутки. Послеоперационный период протекал гладко, пациент выписан в удовлетворительном состоянии на 13 сутки после операции.

Пациент К., 60 лет поступил в плановом порядке в кардиологический центр г. Петропавловска с диагнозом: ИБС. Стенокардия напряжения. ФК 3. ХСН ФК 3 (NYHA) С-г ventriculi. St 1 (T2,NO,M0).

Обследование: ЭКГ- ритм правильный, синусовый, ЧСС-60, ЭОС отклонена влево, ГЛЖ, БПНПГ. ЭХО КГ- аорта-26 мм, левое предсердие-32мм, правый желудочек-22 мм, КДР-46мм, КСР-31мм, МЖП-11мм, фракция выброса-63%. Сократительная функция удовлетворительная.

Коронароангиография- мультифокальное поражение коронарного русла, каскадные стенозы ПМЖВ- п/3 95%, с/3 75%. ОВ- стеноз п/3 85%, с/3 65%. ПКА- протяженный стеноз п/3 90%, окклюзия в с/3.

ФГДС- С-г антрального отдела желудка.

Пациенту проведена одномоментная операция: МКШ на ПМЖВ, ДВ1 и АКШ на ВТК1, ЗМЖВ в условиях искусственного кровообращения и субтотальная дистальная резекция желудка с расширенной лимфодиссекцией. Длительность операции составила 295 минут, искусственного кровообращения 77 минут, ишемии миокарда 41 минуту.

Гистологическое исследование- дифференцированная аденокарцинома.

Пациент экстубирован в первые сутки, дренажи из плевральной полости и средостения удалены на вторые сутки от момента операции. Дренажи из брюшной полости удалены на 5 сутки. Послеоперационный период протекал гладко, пациент выписан в удовлетворительном состоянии на 17 сутки после операции.

Обсуждения и выводы:

Интенсивное развитие кардиохирургии, внедрение новых технологий способствовали существенному улучшению результатов хирургического лечения заболеваний сердца. На современном этапе коррекция заболеваний сердца у пациентов хирургического профиля с высоким риском развития кардиальных

осложнений является обоснованной и оправданной. Реваскуляризация существенно снижает частоту коронарных осложнений после некардиологических операций (6).

У больных со злокачественными новообразованиями и конкурирующей ишемической болезнью сердца симультанные операции позволяют избежать прогрессирования опухолевого процесса в межэтапный период, помогают осуществить в ранние сроки радикальное вмешательство по поводу новообразований.

Сложности психологического плана у человека, уже перенесшего одну тяжелую операцию, нередко заставляют его воздерживаться от другой операции. В связи с этим одновременное избавление от двух хирургических заболеваний воспринимается пациентами как огромная удача (5) и в то же время дает медицинский, социальный и экономический эффект(3).

Современные медицинские технологии позволяют проводить симультанные вмешательства у онкологических больных с конкурирующей сердечной патологией с хорошими непосредственными результатами.

Мировой опыт проведения симультанных операций такого рода относительно не велик(2), однако, несмотря на ограниченное количество оперированных пациентов, предварительные результаты показывают безопасность, эффективность и перспективность данного метода.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Akchurin R.S., Davidov M.I., et al. Cardiopulmonary bypass and cell-saver technique in combined oncologic and cardiovascular surgery\\Artif.organs.-1997.-vol.21, №7. - P.763-765.
- 2 Anisimowicz L., Jarmoszewicz K. et al. Simultaneous operation including coronary artery bypass grafting on the beating heart and modified radical mastectomy mode patey-a case raport\\wiad. Lec.-2000.-vol.53, №11-12. - P.693.
- 3 Давыдов М.И., Герасимов С.С., Шестопалова И.М. и др. Хирургическое лечение больных раком толстой кишки с конкурирующими сердечно-сосудистыми заболеваниями. Хирургия. – 2008. – 8. – С. 10-17.
- 4 Lopez-Encuentra A., Bronchogenic Carcinoma co-operative Group. Comorbidity in operable lung cancer. A mylticancer descriptive study on 2992 patients\\Lung Cancer.-2002.-vol.35. - P.263-269.
- 5 Шумаков В.И., Шумаков Д.В., Евтихов Р.М. и др. Симультанные операции на открытом сердце и органах брюшной полости. – М.:Профиль, 2006. – 216 с.
- 6 Чернявский Ф.М., Караськов А.М., Мироненко С.П. и др. Хирургическое лечение мультифокального атеросклероза. Бюллетень СО РАМН. – 2006. – 2. –С. 120-128.

ЖҮРЕК ҚАН ТАМЫР ЖҮЙЕСІНІҢ ПАТОЛОГИЯСЫМЕН ЖӘНЕ ДЕ БАСҚА ІШКІ АҒЗАЛАРЫНЫҢ ҚАТЕРЛІ ІСТІГІ БАР НАУҚАСТАРҒА БІРЕГЕЙЛІ (СИМУЛЬТАНДЫ) ОПЕРАЦИЯ ЖҮРГІЗУДЕГІ КЛИНИКАЛЫҚ ТӘЖІРІБЕ

Түйін: Науқастардың бәсекелес патологиясы: Науқастың көптеген патологиялық бәсекелестері айқын жүрек жеткіліксіздігінен және анда-санда кездесетін онкологиялық ауруы- ол, үкімет саласындағы жоғарғы білікті медицина көмегімен шұғыл түрде заманауи медицина технологиясымен операция жүргізіледі. СҚО-ы Петропавл Қаласында аудандық клиникалық тәжірибесі бір уақытта жасанды қан айналым көмегімен аортокоронарлық шунттаумен қоса жүргізіледі және басқа мүшелерден қатерлі ісіктің алынуы осы орталығында жасалады.

Түйінді сөздер: Клиникалық тәжірбе, қосалқы операция, онкологиялық ауру, жүрек жеткіліксіздігі, аортокоронарлық шунттау.

CLINICAL EXPERIENCE OF SIMULTANNNYH SURGERY IN PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR DISEASE AND CANCER OF OTHER ORGANS

Resume: The presence of disease in patients rival - severe coronary disease and cancer - no problem rarely occurs in public institutions with highly specialized medical care, requiring simultaneous surgical treatment with the use of modern medical technology. Clinical experience of simultaneous operations coronary artery bypass graft (CABG) surgery under extracorporeal circulation (EC) and removal of malignant tumors (Cr) of other bodies in the Regional Heart Center North Kazakhstan region Petropavlovsk.

Keywords: Clinical experience, simultaneous operations, cancer, coronary insufficiency, coronary artery bypass surgery.

К ВОПРОСУ О ЗАБОЛЕВАНИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ РК

Проблема борьбы с болезнями системы кровообращения среди населения приобретают общегосударственное значение в силу высокой заболеваемости, высокого уровня инвалидизации и смертности от них, длительное, нередко пожизненное, медикаментозное лечение, а также его дороговизна, диктует необходимость уделять все большее внимание ранней первичной профилактике этих заболеваний.

Ключевые слова: сердечно-сосудистые заболевания, заболеваемость, смертность, распространенность.

Сердечно-сосудистые заболевания - группа заболеваний сердца и сосудов, включает артериальную гипертензию, ишемическую болезнь сердца (ИБС), цереброваскулярные заболевания (инсульт), болезни периферических сосудов, сердечную недостаточность, ревматизм, врожденные пороки сердца, кардиомиопатии.

Основные заболевания сердечно-сосудистой системы связаны с общими предотвратимыми факторами риска образа жизни. К этим факторам относятся, во-первых: возраст и пол. Второй фактор – табакокурение, заболеваемость сердечно-сосудистыми заболеваниями у курильщиков примерно в два раза выше по сравнению с некурящими, риск увеличивается с количеством выкуриваемых сигарет. В-третьих, повышенное артериальное давление часто ассоциируется с увеличением заболеваемости и тяжести сердечно-сосудистой патологии. Проспективные исследования показывают, что прослеживается ясная корреляция между уровнем артериального давления и риском коронарной недостаточности. В-четвертых, низкая физическая активность. Заболеваемость коронарной болезнью сердца отмечается в меньшей степени у людей с высокой физической активностью по сравнению с лицами, ведущими сидячий образ жизни. Пятый фактор риска - избыточная масса тела, ожирение, нерациональное питание. Различными исследованиями доказано, что ожирение связано с гипертонией и ИБС. В-шестых, потребление алкоголя коррелирует с повышенным давлением и увеличивает риск инфаркта. В структуре общей смертности во всем мире сердечно-сосудистые заболевания занимают лидирующие позиции. Так по данным Всемирной организации здравоохранения в последние годы 16,8 миллионов или одна треть всех смертей в мире приходилась на различные формы сердечно-сосудистых заболеваний. Более 50% смертей и нетрудоспособности вызваны заболеваниями сердца. От ИБС и инсульта умирают 12 млн. человек каждый год. Считавшиеся ранее болезнями индустриально развитых стран, ССЗ стремительно охватывают развивающиеся регионы. Так, около 80% всех смертей от ССЗ имеют место в развивающихся странах и странах с низким и средним доходом, причем возраст смерти от ССЗ относительно более молодой в этих странах, чем в развитых.

Среди ССЗ ишемическая болезнь сердца является лидером по смертности в мире, 7,2 миллиона смертей вызвано ИБС, 5,5 млн. цереброваскулярными заболеваниями (ЦВЗ), и дополнительно 3,9 млн. смертных случаев происходит в результате артериальной

гипертензии и других состояний. Около 20 миллионов людей выживают после инфаркта и инсульта ежегодно, однако значительная часть из них требует затратную медицинскую помощь, что оказывает огромное бремя на ресурсы стран. Причем бедные и малоимущие слои населения оказываются в самом неблагоприятном положении. На ССЗ приходится 13% бремени болезней среди людей старше 15 лет. В развитых странах ИБС и ЦВЗ вместе ответственны за 36% смертей, и показатели смертности выше среди мужчин. Рост смертности от ССЗ в Восточной Европе противостоит продолжающемуся снижению во многих других развитых странах.

Обращает на себя внимание рост заболеваемости и смертности от ССЗ среди людей среднего возраста от 30 до 64 лет, что приводит к значительным социально-экономическим потерям. Значительно выросло число случаев внезапной смерти от заболеваний сердца среди лиц младше 35 лет. ИБС и инсульты угрожают здоровью и благополучию населения, особенно в средней и старшей возрастной группе. ИБС и инсульты являются главными причинами смертности и нетрудоспособности в США [1,2].

Проблема борьбы с болезнями системы кровообращения среди населения приобретают общегосударственное значение в силу высокой заболеваемости, высокий уровень инвалидизации и смертности от них, длительное, нередко пожизненное, медикаментозное лечение, а также его дороговизна, диктует необходимость уделять все большее внимание ранней первичной профилактике этих заболеваний.

Показатель заболеваемости системы кровообращения в РК по сравнению с прошлым годом (2010 г.- 11304,1), незначительно увеличился и составил 11751,1 случаев на 100 тыс. населения [3].

В структуре общей заболеваемости среди населения РК сердечно-сосудистые заболевания находятся на 2 месте, после болезней органов дыхания (29840,1 случаев на 100 тыс.населения).

В структуре болезней, характеризующихся повышенным кровяным давлением лидирует Жамбылская область с показателем 1579,0 случаев на 100 тыс.населения, затем Ю-Казахстанская область (1354,5), Алматинская область (1146,2).

Если рассматривать в возрастном разрезе, то среди детей от 15 до 17 лет наиболее высокие уровни ее в 2011 году наблюдаются в Атырауской области (374,6), Акмолинской (242,8) и В-Казахстанской области (162,4) (рис.1).

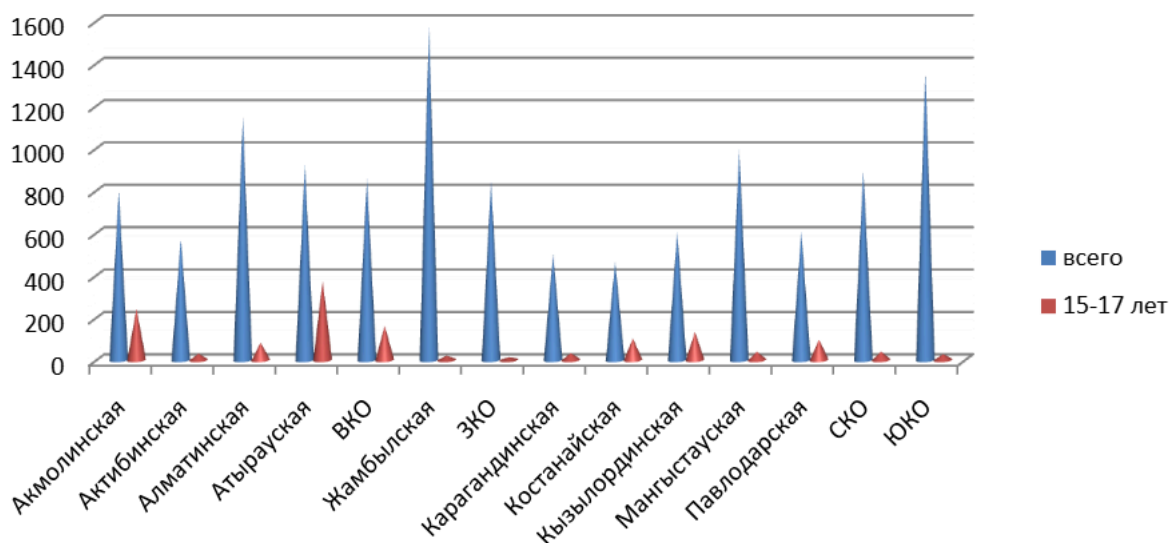


Рисунок 1 - Распространенность болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением среди населения РК в 2011г.

Высокие уровни сердечно-сосудистых заболеваний в данных областях свидетельствует об имеющихся в данных регионах экологических и социальных факторов, характерных для данных территорий.

Анализ заболеваемости болезнями, характеризующиеся повышенным кровяным давлением показал, что население в сельской местности (1092,6 случаев на 100.тыс.населения) чаще болели, чем городские жители

(948,5 случаев).

Таким образом, изучение особенностей клиники и распространенности сердечно-сосудистых заболеваний подростков и взрослого населения имеет важное значение для совершенствования, организации и планирования специализированной медицинской помощи.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 World World Health Organization Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health, WHO. - Geneva: 2004
- 2 Reddy KS. Cardiovascular diseases in the developing countries: dimensions, determinants, dynamics and directions for public health action. Public Health Nutrition. - 2002. – 5. – P. 231–237.
- 3 Статистический сборник «Здоровье населения РК и деятельность организаций здравоохранения в 2011 году». - Астана: 2012 г.

Н.А. ТАУБАЛДИНОВА

ҚР ТҰРҒЫНДАРЫНЫҢ АРАСЫНДА ЖҮРЕК-ҚАН ТАМЫР ЖҮЙЕСІНІҢ АУРУШЫЛДЫҒЫ ТУРАЛЫ

Түйін: Жүрек – қан тамыр ауруларымен күрес жүргізу жалпы мемлекеттік маңызы бар мәселеге айналды, себебі аурушылдық, мүгедектік, өлім көрсеткіштерінің деңгейі өте жоғары және емделу қымбатшылығы, осы аурумен алғашқы алдын алу шараларын жүргізуді қажет етеді.

Түйінді сөздер: жүрек-қан тамыр аурулары, аурушылдық, өлім-жітім, таралу

N.A.TAUBALDINOVA

TO A QUESTION OF A DISEASE OF CARDIOVASCULAR SYSTEM AMONG THE POPULATION OF KAZAKHSTAN

Resume: Problem of fight against diseases of system of blood circulation among the population gain nation-wide value owing to high incidence, high level of an invalidization and mortality from them, long, quite often lifelong, medicamentous treatment, and also its high cost, dictates need to pay the increasing attention to early primary prevention of these diseases.

Keywords: Cardiovascular diseases, incidence, mortality, prevalence.

С.М. ШАХНАБИЕВА, Э.Ж. МУРАЛИЕВ, К.А. АБДРАМАНОВ, Т.Ч. ЧУБАКОВ

*Научно-исследовательский институт хирургии сердца и трансплантации органов
Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации
г. Бишкек, Кыргызская Республика*

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Актуальность работы. Врожденные пороки сердца (ВПС) - распространенная патология. До настоящего времени в Кыргызской Республике исследование по анализу хирургического лечения ВПС не проводилось. Цель исследования: изучение объема и качества оказываемого хирургического лечения больным с ВПС. Материалы исследования: проведен анализ операционных протоколов (n=1098) больных с ВПС на базе отделения ВПС НИИ хирургии сердца и трансплантации органов за 7 лет. Результаты и обсуждение: наиболее высокий показатель (56,4 %) обращаемости пациентов установлен из области низкогогорья, преобладает женский пол - 55,1%, доминируют дети от 1 года до 10 лет (63,9 %). Наиболее высокий показатель оперативных вмешательств проводился по поводу дефекта межжелудочковой перегородки (23,0%), дефекта межпредсердной перегородки вторичного типа (22,7 %), открытого артериального протока (18,0 %), тетрады Фалло (13,3%). Наиболее используемый доступ - срединная продольная стернотомия - 806 (73,4 %), техника операций - пластика (96,2%), заплата для закрытия дефектов - аутоперикард - 726 (66%) операций, продолжительность операций - от 2 до 3,5 часов (54,9%), количество дней до и после операции - от 10 (31,6 %) до 15 (28,4%). Повторные оперативные вмешательства были у 4,3 % пациентов, из них по причине кровотечения - (55%), удаления лигатурных свищей - (17%). Выводы: анализ операционных протоколов позволил установить хорошую эффективность проведенных оперативных вмешательств: 1034 (94,2%) - выздоровление, летальный исход - 64 (5,8%) больных.

Врожденные пороки сердца (ВПС) - распространенная патология, но, несмотря на успехи в кардиохирургии, продолжают обуславливать высокую смертность детей первого года жизни. От пороков сердца умирает 60% детей первого месяца жизни и 25% детей до рождения. В России ежегодно рождается около 25 тысяч детей с ВПС, половина из них критические, при которых оказание кардиохирургической помощи показано в первые дни, а, иногда, в первые часы жизни ребенка [1].

Основным методом лечения ВПС у детей является хирургическая коррекция порока. Применение современных технологий в кардиохирургии позволило расширить возможности оперативного лечения детей с высокой легочной гипертензией, сделало возможным коррекцию большинства врожденных пороков сердца, которые еще недавно считались неустранимыми [2].

Научно-исследовательский институт хирургии сердца и трансплантации органов (НИИХСиТО) при МЗ КР осуществляет лечебную, научную, педагогическую и организационную деятельность как головное учреждение страны по проблеме «Сердечно-сосудистая хирургия». В лечебную деятельность центра входят: диагностика, консервативное и хирургическое лечение

больных врожденными пороками сердца, приобретенными пороками сердца, ишемической болезнью сердца, аритмиями сердца, сосудистыми заболеваниями, а также осуществляем диспансерное наблюдение.

До настоящего времени в Кыргызской Республике исследование по анализу хирургического лечения врожденных пороков сердца не проводилось.

Цель исследования

Основной целью настоящего исследования явилось изучение объема и качества оказываемого хирургического лечения больным с врожденными пороками сердца.

Материалы исследования

Для выполнения поставленной цели нами был проведен анализ операционных протоколов (n=1098), содержащих информацию об оперативных вмешательствах больных с врожденными пороками сердца на базе отделения ВПС НИИХСиТО за период с 2008 по 2012 года, и для сравнительного анализа с 2004 по 2005 года.

Результаты и их обсуждение

Всего проанализировано 1098 оперативных вмешательств больных с врожденными пороками сердца. Среди них женский пол составил 605 (55,1%) больных, мужской - 493 (44,9%).

Пациенты по возрастным периодам Н.П. Гундобина (1982г.) были распределены на следующие группы: 1) период новорожденности - 4 (0,4 %) больных; 2) грудной возраст (до года) - 141 (12,8 %) больной; 3) дошкольный (от 1 до 3 лет) - 184 (16,8 %) больных; 4) дошкольный возраст (от 3 до 7 лет) - 247 (22,5 %) больных; 5) школьный возраст (от 7 до 18 лет) - 337 (30,7%) больных; 6) юношеский возраст (от 18 до 22 лет) - 59 (5,4 %) больных, 7) зрелый возраст (с 22 до 60 лет) - 126 (11,5 %) больных.

Больные обращались за хирургической помощью из Кыргызстана (94,7%), Казахстана (4,7%), Узбекистана (0,3%), Таджикистана (0,2%) и Российской Федерации (0,1%). Поступившие больные из Кыргызской Республики были распределены по областям: Чуйская область - 231 (22,2 %) больной, Ошская область - 176 (16,9 %), Джалал-Абадская область - 127 (12,2 %), Иссык-Кульская область - 116 (11,2 %), Нарынская область - 92 (8,8 %), Баткенская область - 69 (6,6 %), Таласская область - 51 (4,9%). Из г. Бишкека поступило 178 (17,1 %) больных. Большинство (56,4%) больных с ВПС поступили из области низкогогорья. Полостное вмешательство было проведено у 100% (n = 1098) пациентов, эндоваскулярная методика коррекции ВПС не использовалась.

Операции больше проводились по поводу дефекта межжелудочковой перегородки (23,0 %), дефекта межпредсердной перегородки вторичного типа (22,7 %), открытого артериального протока (18,0 %), тетрады Фалло (13,3 %) (табл. 1). Среди вышеперечисленных ВПС женский пол преобладает среди таких ВПС, как

открытый артериальный проток (1♂♂ : 3,3 ♀♀) и дефект межпредсердной перегородки вторичного типа (1♂♂ :

1.6 ♀♀).

Таблица 1 - Структура врожденных пороков сердца.

Тип порока	n	%
ДМЖП	253	23,0
ДМЖП+ОАП	25	2,3
ДМЖП+СЛА	34	3,1
ДМПП	249	22,7
ДМПП+ОАП	9	0,8
ДМПП+ДМЖП+ОАП	4	0,4
ДМПП+СЛА	15	1,4
ДМПП+ЧАД ЛВ	7	0,6
ДМПП+ДМЖП	28	2,6
ОАП	198	18,0
Стеноз устья аорты	8	0,7
Стеноз устья легочной артерии	12	1,1
Коарктация аорты	6	0,5
Тетрада Фалло	145	13,3
Транспозиция магистральных сосудов	8	0,7
Общий артериальный ствол	5	0,5
Атриовентрикулярная коммуникация	24	2,2
Двойное отхождение сосудов от правого желудочка	18	1,7
Аномальный дренаж легочных вен	8	0,7
Аномалия Эбштейна	10	0,9
Другие сочетанные ВПС	25	2,3

Количество дней, проведенных пациентами в стационаре до и после операции было у большинства (60%) от 10 (31,6 %) до 15 (28,4%) дней. До 5 дней на стационарном лечении находилось 80 пациентов (7,3 %), до 10 дней – 347 (31,6 %), до 15 дней – 312 (28,4 %), до 20 дней – 168 (15,3 %), до 25 дней – 111 (10,1 %), до 30 дней – 53 (4,8 %), до 35 дней – 15 (1,5 %) , до 40 дней – 6 (0,5 %), больше 40 дней – 5 (0,5 %).

Во время хирургической коррекции ВПС чаще всего был применены доступы: срединная продольная стернотомия – 806 (73,4 %) и заднебоковая торакотомия по 4 межреберью слева – 278 (25,3 %).

В качестве заплаты для закрытия дефектов ВПС во время операций чаще использовался аутоперикард – 726 (66%) операций. Искусственные материалы были применены реже - 106 (9,7 %) операций, к ним относятся: ксеноперикард – 45 (4,1 %), тефлоновая заплата – 21 (1,9 %), сосудистые протезы – 40 (3,7 %), шелковые лигатуры. Дефекты межжелудочковой перегородки (ДМЖП) были прооперированы у 253 (23,0 %) больных. Размер дефекта был до 10мм – у 106 (41,9 %) больных, до 15мм – 85 (33,6 %) больных, до 20мм – у 31 (12,3 %), до 25 мм – у 22 (8,7 %), до 45 – у 9 (3,6 %). Локализация дефекта: в подлегочном отделе – у 9 (3,6 %) больных, в субтрикуспидальном отделе – у 21 (8,3 %), в приточном отделе – у 23 (9,1 %), в подаортальном отделе – у 24 (9,5 %), в мембранозном отделе у 27 (10,7 %). Не указана локализация дефекта у 149 (58,8 %) больных. Ушиты были 4 (1,6 %) ДМЖП, пластика применялась в 249 (98,4 %) случаях. Пластика перегородки заплатой из аутоперикарда была выполнена у 223 (90,4 %) больных, синтетической тканью (ксеноперикард - 18 (7,2 %), тефлон - 12 (4,8 %)) у 30 (12 %) больных. Техника ушивания: непрерывными швами – 193 (76,3%), «п» –

образными швами – 50 (19,8 %), «г» -образные (2,7 %), «z» - образные (1,2 %), двурядный шов (1,2 %). Послеоперационная летальность при хирургической коррекции ДМЖП – 4 % или 0,9% от общего числа операций.

Вторичный дефект межпредсердной перегородки (ДМПП) изолированно был прооперирован у 249 (22,7 %) больных. ДМПП по типу открытого овального окна выявлен у 39 больных в сочетании с другими ВПС. Размер дефекта был до 10мм – у 25 (10,0 %) больных, до 20мм – 102 (41,0 %) больных, до 30мм – у 84 (33,7 %), до 40 мм – у 31 (12,7 %), больше 40 – у 7 (2,8 %). Дефекты небольших размеров были ушиты (у 12 (4,8 %) больных), при больших дефектах была выполнена пластика перегородки заплатой из аутоперикарда (у 225 (90,4 %) больных) или синтетической тканью (ксеноперикард) (у 12 (4,8 %) больных). 98% оперативных вмешательств протекали без осложнений. Послеоперационная летальность – 1,6% или 0,3% от общего числа операций. Изолированный открытый артериальный проток (ОАП) был прооперирован у 198 (18,0 %) больных. Диаметр ОАП до 5мм был у 35 (17,7 %) пациентов, до 8мм – у 82 (41,4 %) пациентов, до 10мм – у 42 (21,2 %) пациентов, до 13мм – у 21 (10,6 %), до 15мм – у 11 (5,6 %), до 20 – у 5 (2,5 %), до 42мм – у 2 (1,0 %). Левосторонняя заднебоковая торакотомия по ходу четвертого межреберья без резекции ребра была произведена у всех больных (n = 198). Среди различных модификации хирургической коррекции порока, использовался чаще метод двойного лигирования (193 операции или 97,5%), реже - тройного лигирования (3 операции или 1,5%), ушивание 2 «z» -образными швами (1 операция или 0,5%), ушивание 1 «z» - образным швом (1 операция или 0,5%). Послеоперационная летальность при перевязке

ОАП невелика— 2,5 % или 0,5% от общего числа операций.

Хирургическая коррекция тетрады Фалло была у 145 (13,3%) больных. Диаметр ДМЖП в тетраде Фалло до 10мм был у 6 (4,1 %) больных, до 15мм – у 48 (33,1 %) , до 20мм – у 36 (24,8 %), до 30мм – у 9 (6,2 %), до 35мм – у 1(0,7 %), не указан диаметр у 45 (31%) больных. Паллиотивные операции проводились у 46 (31,7 %) пациентов, с доступом к сердцу - левосторонняя заднебоковая торакотомия по ходу четвертого межреберья без резекции ребра. Радикальная коррекция была у 99 (68,3 %) пациентов. ДМЖП небольших размеров были ушиты (у 6 (6 %) больных), при больших дефектах была выполнена пластика перегородки заплатой из аутоперикарда (у 73 (73 %) больных) или синтетической тканью (20%). Непрерывными швами ушиты 83 (83,9 %) дефекта, «п» - образными швами ушиты 11 (11,1 %) дефектов, «z» - образными швами- 3 (3%), двухрядным швом – 2 (2%). Послеоперационная летальность при хирургической коррекции тетрады Фалло – 10,3% или 1,4% от общего числа операций.

Хирургическое лечение атриовентрикулярной коммуникации (АВК) проведено у 24 (2,2 %) пациентов. Из них полная форма была у 10 (41,7 %) пациентов, неполная – у 14 (58,3 %). Размер ДМПП в АВК до 10мм был у 3 (12,5 %), до 20мм – у 14 (58,3%), до 40мм – у 7 (29,2 %). Закрытие ДМПП было с использованием аутоперикарда у 20 (83,3 %) больных, ксеноперикарда – у 4 (16,7 %) больных. Непрерывными швами ушито 15 (62,5 %) дефектов, «z» -образными швами – 8(33,3 %), узловыми швами – 1 (4,2 %). Послеоперационная летальность – 14,3%.

Двойное отхождение сосудов от правого желудочка прооперированы у 18 больных. Радикальная коррекция составила 10 больных, паллиотивные операции – 8 больных (наложение подключично-легочного анастомоза – 7, межартериальный анастомоз - 1). Послеоперационная летальность – 14,3% или 0,3% от общего числа операций.

Хирургическая коррекция аномалии Эбштейна была проведена у 10 больных. Техника ушивания: все (n=10) -

непрерывными швами. Аутоперикард был использован в 9 случаях, ксеноперикард – в 1.

Наибольшее число операций было продолжительностью 2,5-3 часа – 221 (20,2%) операций. Продолжительность операций 3 – 3,5 часа была в 192 (17,5 %) операциях, 2-2,5 часа -188 (17,2 %), 30 мин.-1 час – 130 (11,8 %), 1,5 - 2 часа – 119 (10,8 %), 4- 10 часов – 108 (9,8 %), 1 – 1,5 часа - 70 (6,3 %), 3,5-4 часа – 70 (6,3 %).

Оперативное лечение закончилось выздоровлением у 1034 (94,2%) больных, летальный исход у 64 (5,8%) больных.

Хирургическая коррекция таких критических ВПС, как синдром гипоплазии левого сердца (СГЛС), транспозиция магистральных артерий (ТМА), перерыв дуги аорты, тотальный аномальный дренаж легочных вен (ТАДЛВ), атрезия легочной артерии с интактной межжелудочковой перегородкой (АЛА с ИМЖП), атрезия трикуспидального клапана (АТК) проводилась сравнительно реже (2,3%).

Повторные оперативные вмешательства после проведенной хирургической коррекции были у 47 (4,3 %) пациентов. Среди них чаще были тетрада Фалло (34%), ДМЖП (17%), ДМПП (14,9%), реже – ДМЖП с СЛА (8,5%), ДМЖП с ОАП (4,3%), СЛА (2,1%), коарктация аорты (2,1%), ДМПП с СЛА (2,1%), ДМПП с ДМЖП (2,1%), ОАП (2,1%), АВК (2,1%), сложные сочетанные ВПС (8,5%).

Причиной повторных оперативных вмешательств были: удаление лигатурного свища (8 (17%) больных), остановка кровотечения (26 (55%) больных), отсроченное ушивание раны (2 (4%) больного), остеосинтез грудины (2(4%) больного), другие причины – 3 (6%).

Сравнительный анализ 2004-2005гг. и 2010-2011гг.:

1. Количество операций в 2010-2011гг. увеличилось в динамике на 42%.
2. Больных, поступивших из отдаленных регионов Кыргызской Республики стало больше (Баткенская область – увеличение на 4,8 %, Нарынская область – увеличение на 1,7 %, Ошская область – увеличение на 2,3 %), сократилось число больных из Казахстана на 14,9 %.
- 3.

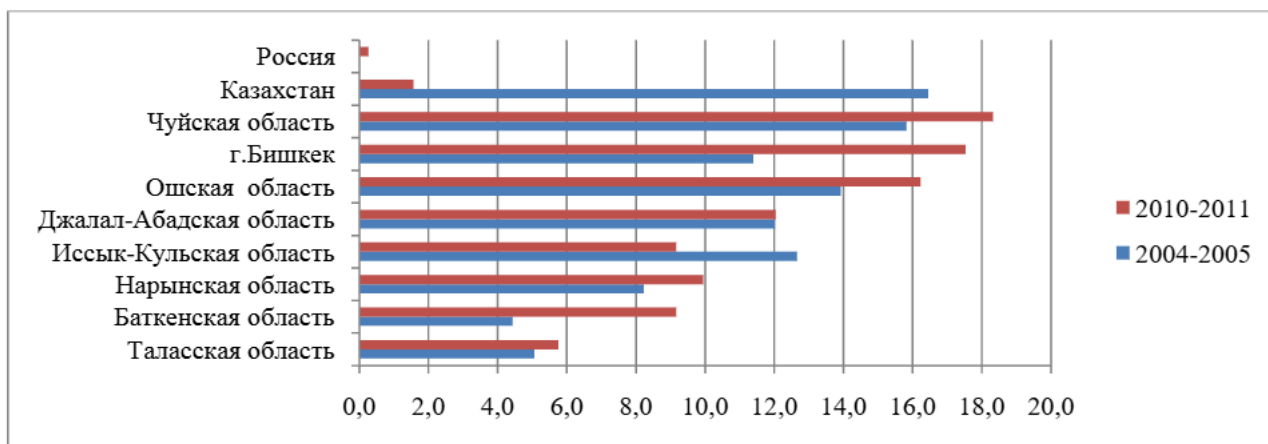


Рисунок 1 - Сравнительный анализ больных с ВПС за 2004-2005гг. и 2010-2011гг.

4. Оперативные вмешательства больным со сложными сочетанными ВПС увеличились на 45%.
5. Смертность увеличилась на 0,3%.

Заключение
Анализ операционных протоколов больных с врожденными пороками сердца, поступивших из

различных регионов Кыргызской Республики в Научно-исследовательский институт хирургии сердца и трансплантации органов в течении 7 лет, позволил установить хорошую эффективность проведенных оперативных вмешательств. Так, у 1034 (94,2%) больных лечение привело к выздоровлению, летальный исход был у 64 (5,8%) больных. Повторные оперативные вмешательства были у 4,3 % пациентов.

Полученные нами данные показывают, что наиболее высокий показатель оперативных вмешательств проводился по поводу дефекта межжелудочковой перегородки (23,0%), дефекта межпредсердной перегородки вторичного типа (22,7 %), открытого артериального протока (18,0 %), тетрады Фалло (13,3 %).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Шарыкин А.С. Перинатальная кардиология.Руководство для педиатров, акушеров, неонатологов. - М.: 2007. – 128 с.
- 2 Крупянко С.М., Милюевская Е.Б., Афонина М.А. Контент-анализ материалов интернет форума по врожденным порокам сердца //Материалы конгресса «Детская кардиология - 2008». – С. 298-299.

S.M. SHAHNABIEVA, E.J. Mural, K.A. Abdramanov, T.CH.Chubak

*Research Institute of Surgery and Organ Transplantation
Kyrgyz State Medical Institute training and retraining
Bishkek, Kyrgyz Republic*

SURGICAL TREATMENT OF CONGENITAL HEART DEFECTS

Relevance of the work. Congenital heart disease (CHD) - a common pathology. Until now, research in the Kyrgyz Republic on the analysis of surgical treatment of CHD was conducted. Objective: to study the amount and quality of the surgical treatment of patients with CHD. Subjects: an analysis of operating protocols (n = 1098) of patients with CHD based on AMS Research Branch of heart surgery and organ transplants for 7 years. Results and discussion: the highest rate (56.4%) patients uptake of set of low mountains, dominated by female - 55.1%, dominated by children from 1 year to 10 years (63.9%). The highest rate of surgical interventions performed on the ventricular septal defect (23.0%), atrial septal defect secondary type (22.7%), patent ductus arteriosus (18.0%), tetralogy of Fallot (13.3%). The most used access - median longitudinal sternotomy - 806 (73.4%), machinery operations - plastic (96.2%), paying for closing defects - autoperikard - 726 (66%) operations, the duration of operations - from 2 to 3.5 hours (54.9%), the number of days before and after the operation - from 10 (31.6%) and 15 (28.4%). Repeated surgeries were at 4.3%, of which due to bleeding - (55%), removal of ligature fistulas - (17%). Conclusions: The analysis of operational protocols allowed us to establish good performance the surgery: 1034 (94.2%) - healing, death - 64 (5.8%) patients.

УДК 614.2003:616.12] (517.56/.6)

**ПРОФ. М.Б. ПЛИХ *, Д.А. КЛЕПИКОВ **, Ж.М. ТЕЛЬШИЕВА **, А.М. АБДРАХМАНОВА **,
Е.А. ИМАНГАЛИЕВ **, Э.А. АМИРХАНОВ **, ДОЦЕНТ Ш.Б. ЖАНГЕЛОВА ****

«ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В КАЗАХСТАНЕ В ПРОШЛОМ И БУДУЩЕМ»

Наиболее правильное определение понятию «инновация» дал Джон Као, помощник президента США по инновационной стратегии: «Инновация - это как игра в джазе - не читка с листа, а импровизация». Лауреат Нобелевской премии по физике Жорес Алферов в телевизионной передаче «Родившиеся в СССР» сказал следующее: «Инновация существовала во все времена», и в качестве примера привел колесо: «достаточно было перевести колесо в горизонтальное положение и появился гироскоп».

В конце 50-х и начале 60-х годов в КазГМИ были выполнены уникальные для того времени исследования, оформленные в виде монографий и публикаций. В частности:

Проф. Авенирова - «Лямблиозный холецистит у детей.»

Проф Исаев - «Биомеханика движения», в которой дан подробный анализ работы разных групп мышц. Как обычно, в Союзе на это исследование не обратили внимание, а спортивные врачи и тренеры ГДР использовали эту методику для подготовки пловчих, показавших феноменальные результаты на Олимпийских играх и обошедших признанных фавориток из Австралии и США.

Проф. Глозман - предложил метод полного замещения крови при реус-конфликтах.

В этот период в институте хирургии группа врачей (Семёнов, Зумеров и т.д.) по руководством академика Сызганова впервые в мире исследовали и описали лимфообращение щитовидной железы.

Проф. Сергиевский предложил и апробировал шов при резекции инфарктной зоны, который вошел в мировую литературу под названием «шов Сергиевского - Алонзо». Уникальны кардиохирургические «декадники». По предложению проф. Сергиевского была создана бригада, включающая хирургов, анестезиологов, зондировщиков для выезда в области с целью оперативного лечения больных с сердечно-сосудистой патологией. Так как в нашем отделении ведущим методом обеспечения «сухого сердца» была гипотермия, объём операций был колоссальным. Я не ошибусь если скажу, что мы были вторыми или третьими в мире по исследованиям и оперативным вмешательствам в условиях «глубокой гипотермии».

Нарастающий объём клинического и экспериментального материала трансформировался в виде печатных работ и уникальных для того времени диссертаций. Сотрудники участвовали практически во всех научных конференциях, посвященных аспектам диагностики и лечения больных с сердечно-сосудистой патологией. На нашей базе в течение двух месяцев обучалась бригада врачей из Литвы методу CO₂ АКГ для диагностики врождённых пороков сердца.

2/3 случаев оперативного лечения детей до 5-ти лет с диагнозом ВПС с переполнением малого круга кровообращения использованы в докторской диссертации проф. Харина.(МОНИКИ, Москва)

Натрадзе[1][2] из клиники академика Петровского в своей диссертации использовал нашу методику регионального введения антибиотиков для лечения стафилококковой деструкции легких у детей.

В книге «экстренная кардиохирургия» под редакцией академика Петровского и профессора де-Бекей[3] есть ссылка на наш опыт экстренной закрытой митральной комиссуротомии в условиях рентген-операционной.

Фрагменты диссертации проф. Поцелуева по трансплантации сердца вошли в книгу академика Ю.М. Лопухина «Трансплантация органов».

Уникальны работы профессоров Лисюкова и Цоя[4] по непрямой реваскуляризации сердца и кюретажу коронарных артерий.

В 1967 году нами была разработана и внедрена в клинику методика «Вено-венозной перфузии»,[5][6] как одного из методов внелёгочной оксигенации. Этот метод позволил прооперировать детей с диагнозом тетрада Фало при отсутствии одной из ветвей легочной артерии. М. Плих сделал ремейк этой работы на Международном съезде в Израиле в 1987 году и, как оказалось, в этом вопросе мы были первыми, опередив французского кардиохирурга Паркуляра где-то на 10 лет. Отделения лёгочной хирургии (проф. Перельман) использовали и наверное используют эту методику для операций на трахео-бронхиальном дереве.

Доктор Димент вместе с проф. Хамзабаевым[7] исследовали возможности метода электро-рентгенокимографии для определения давления в системе легочной артерии в то время, когда не было понятие об эхокардиографии.

Совместно с вычислительным центром АН КазССР используя наш клинический материал мы получили унифицированную кривую давления в правом желудочке, отображающую размеры внутрисердечных шунтов.

Доктор Плих[8][9] с группой сотрудников в эксперименте создали управляемый порто-кава-яремный шунт сохраняющий жизнь реципиента в период выполнения анастомозов, а также решили одну из основных проблем при пересадке печени - развитие внутривенного блока, как следствия температурных градиентов.

Наша методика выключения печени из кровообращения используется и сейчас (книга «трансплантация органов». 1982 г.- США), а в книге «Перфузия изолированных органов» наша методика признана наиболее физиологичной.[10][11][12]

Уникальна до настоящего времени аэродинамическая теория бронхиальной астмы, разработанная нами совместно с проф. Иоффе.

Естественно, что частично выше изложенные методики стали менее привлекательными, а некоторые потеряли свою актуальность в связи с техническим прогрессом, однако, они определили место сердечно-сосудистой хирургии Казахстана в стране, а в некоторых аспектах, как

выяснилось, и в мире, естественно применительно ко времени их исполнения и публикации.

Я сделал такой подробный экскурс в прошлое не для того чтобы выделить кардиохирургию среди других медицинских дисциплин. Кардиохирургия в Казахстане была как лакмусовая бумажка для определения практического и научного потенциала, которым мы обладали и я уверен, обладаем на сегодняшний день. Как пример кардиохирургическое отделение проф. Пя в Астане и отделение рентгенхирургии доцента Сахова ГКЦ Алматы.

Я уже четвертый раз приезжаю в университет и все больше слышу английскую речь. Здесь я встречаю зарубежных профессоров по различным медицинским дисциплинам. Цель их приезда оказать помощь в первую очередь в учебном процессе, но это не исключает участие их и в научных исследованиях. Поверьте мне, причины их приезда не меркантильные - они достаточно обеспечены. Прагматизм их заключается в том, что они четко уловили тенденции Казахстана интегрироваться в мировую медицину с одной стороны, с другой - здравоохранение является приоритетным направлением в развитии страны. Отсюда вытекает соответствующее финансирование, уменьшение бюрократических барьеров, а самое главное - огромный клинический материал для исследований.

После неоднократных бесед с ректором Университета проф. А.Акановым и сотрудниками ректората профессорами Дусекеевым, Мырзабековым и Тулебаевым, мы предложили определить возможности создания конкурентноспособного центра по инновационным методом диагностики и лечения больных с сердечно-сосудистой патологией.

Центр будет включать в себя следующие отделы:

1. Отдел интенсивной терапии
2. Отдел госпитализации больных требующих дополнительного обследования
3. Отдел неинвазивных методов обследования (ЭХО, HОLTER, эргометрия, поликлиника)
4. Отдел инвазивной кардиологии
5. Научный отдел с экспериментальной базой
6. Отдел электрокардиостимуляции и электрофизиологии

7. Отдел радио-нуклеарной кардиологии

Основные направления работы центра:

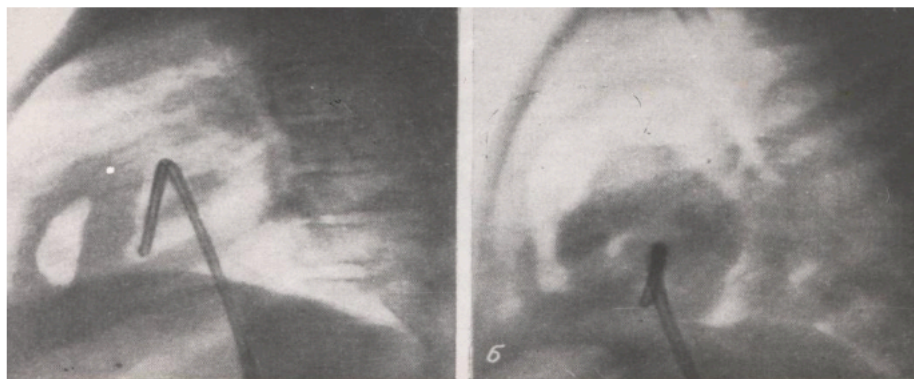
1. Оказание практической помощи населению с применением современных методов диагностики и лечения.
2. Оказание практической и теоретической помощи инвазивным кардиологам в ознакомлении с этими методами и применение их на местах.
3. Научно-клинические проекты в следующих направлениях:
 - CO₂ АКГ
 - Коронарный синус
 - Стволовые клетки
 - Разработка стентов с применением новых полимерных материалов

CO₂ АКГ

Упоминание о CO₂ АКГ, как контрастном веществе, мы находим в медицинской литературе 50-60-х годах 20-го столетия. Как пример, пневмоперикардium. В тоже время проф. Экуафие в книге «Практикум по ангиокардиографии» указывал на опасность использования этого газа у больных с наличием сообщений между правыми и левыми отделами сердца, а так же при контрастировании артериальных сосудов расположенных выше диафрагмы. Применение кардиохирургами CO₂, как средства защиты миокарда в период операции на открытом сердце, а также применение гелия в аппаратах IABC, поставило под сомнение выводы проф. Экуафие. В связи с этим мы провели ряд экспериментальных исследований. Они подтвердили безопасность использования CO₂ в качестве контраста, и позволило нам применить CO₂ в клинике[13][14][15]. Основной целью использования CO₂ как диагностического контрастного вещества у детей с врожденными пороками было:

1. Исключить необходимость пункции феморальной артерии у детей, которая связана с большим процентом осложнений[16].
2. Токсическое действие применяемых контрастных веществ.

Мы предлагаем иллюстративный материал по применению этого метода у детей(Рис. 1- 11).



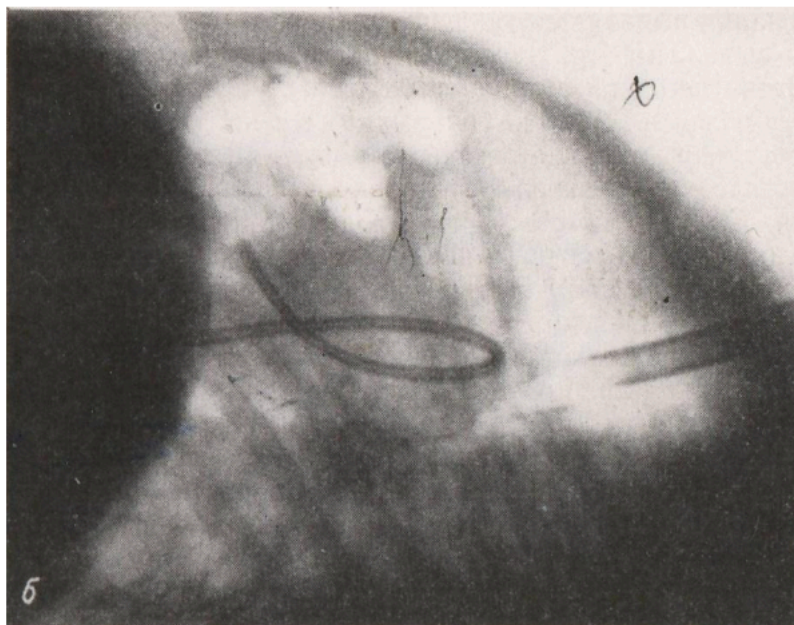


Рисунок 1,2,3 - CO2 АКГ из правого желудочка при большом дефекте межжелудочковой перегородки.

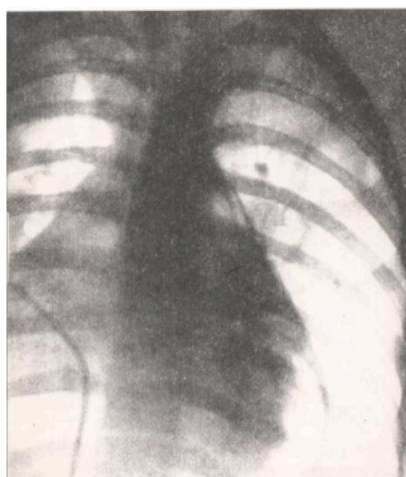


Рисунок 4 - CO2 ангиография из правого предсердия. Одновременно наблюдается газовый пузырь у верхушки левого желудочка и в легочной артерии, что говорит о диагнозе высокого ДМПП.

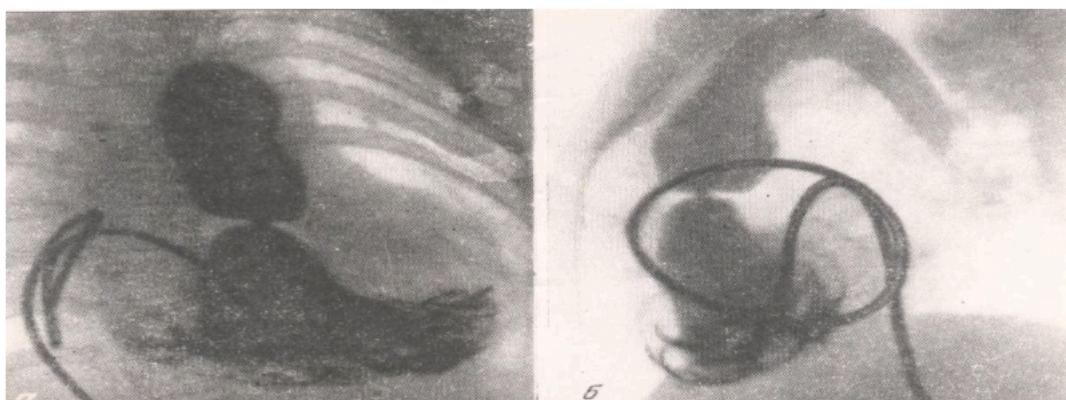


Рисунок 5,6 - Двойное контрастирование (жидкий контраст + CO2) у больного с транспозицией сосудов. Введение в правый желудочек последовательно газа и контраста даёт четкую картину подклапанного мембранозного стеноза анатомического ПЖ.

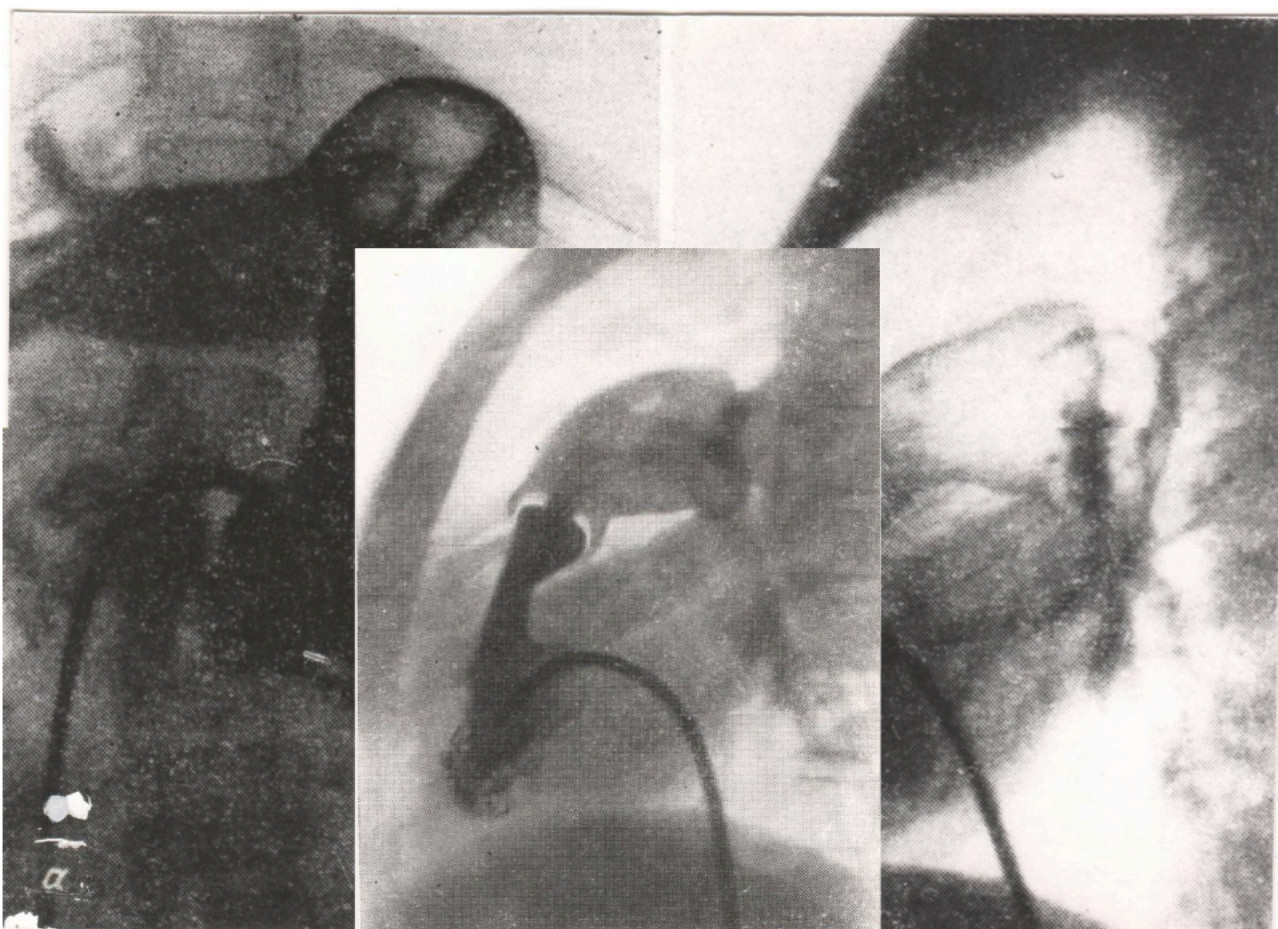


Рисунок 7,8,9 - Двойное контрастирование из ПЖ. «Джет» контраста на фоне общего ствола лёгочной артерии, заполненного газом даёт чёткую анатомическую диагностику размеров стеноза

Обладая негативной контрастностью, CO2 позволяет визуализировать

интракардиальную структуру. Как пример:

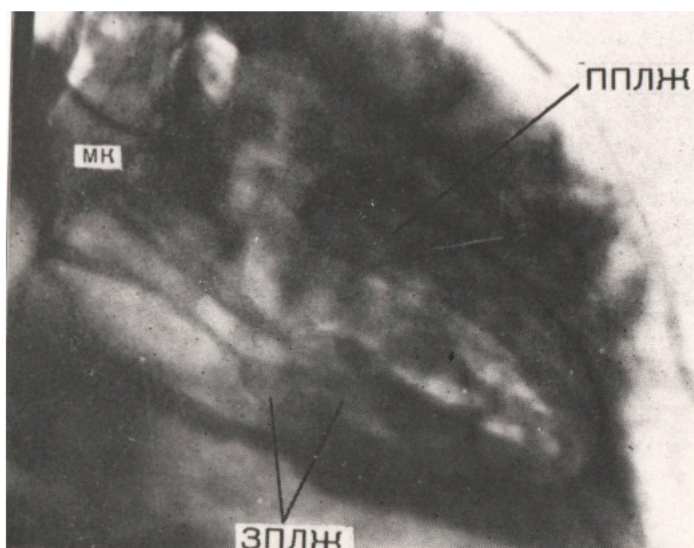
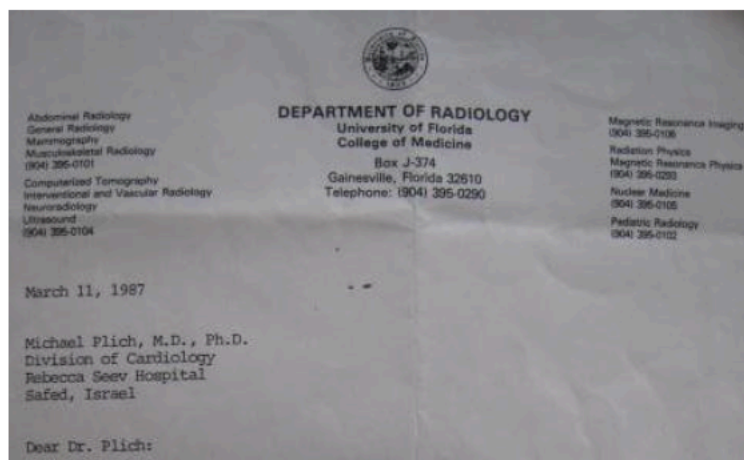


Рисунок 10, 11 - Визуализация интракардиальной структуры левого желудочка (Срез ЛЖ и картина CO2 АКГ)

В 1986 году этот материал был доложен на ежегодной сессии кардиологов Израиля, методика была с интересом воспринята не только израильскими

кардиологами, но и приглашёнными кардиологами из-за рубежа (Irvin F. Hawkins, M.D., professor/Angio-Interventional Radiology)



Мы в Израиле вновь вернулись к экспериментам для подтверждения безопасности этой методики. Предлагаем наш экспериментальный материал по

подтверждению безопасности к клиническому применению этого метода. (Рис. 12 - 26)

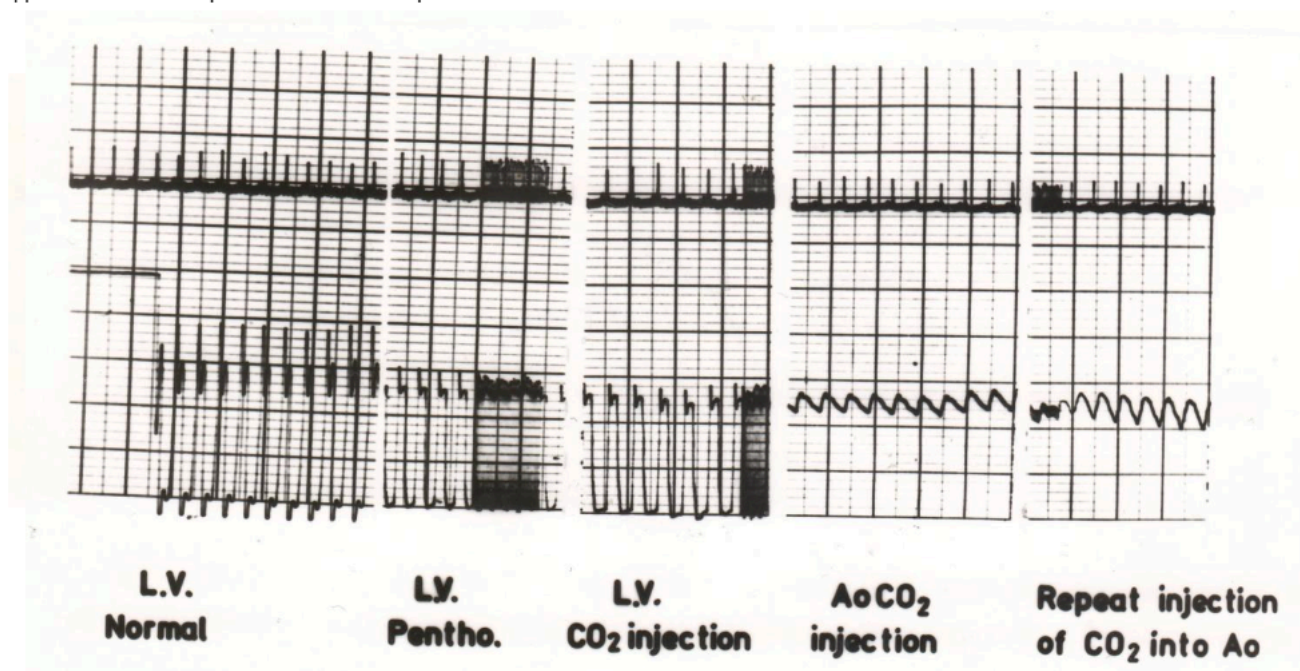


Рисунок 12, 13 - Гемодинамические реакции при введении воздуха и CO₂.

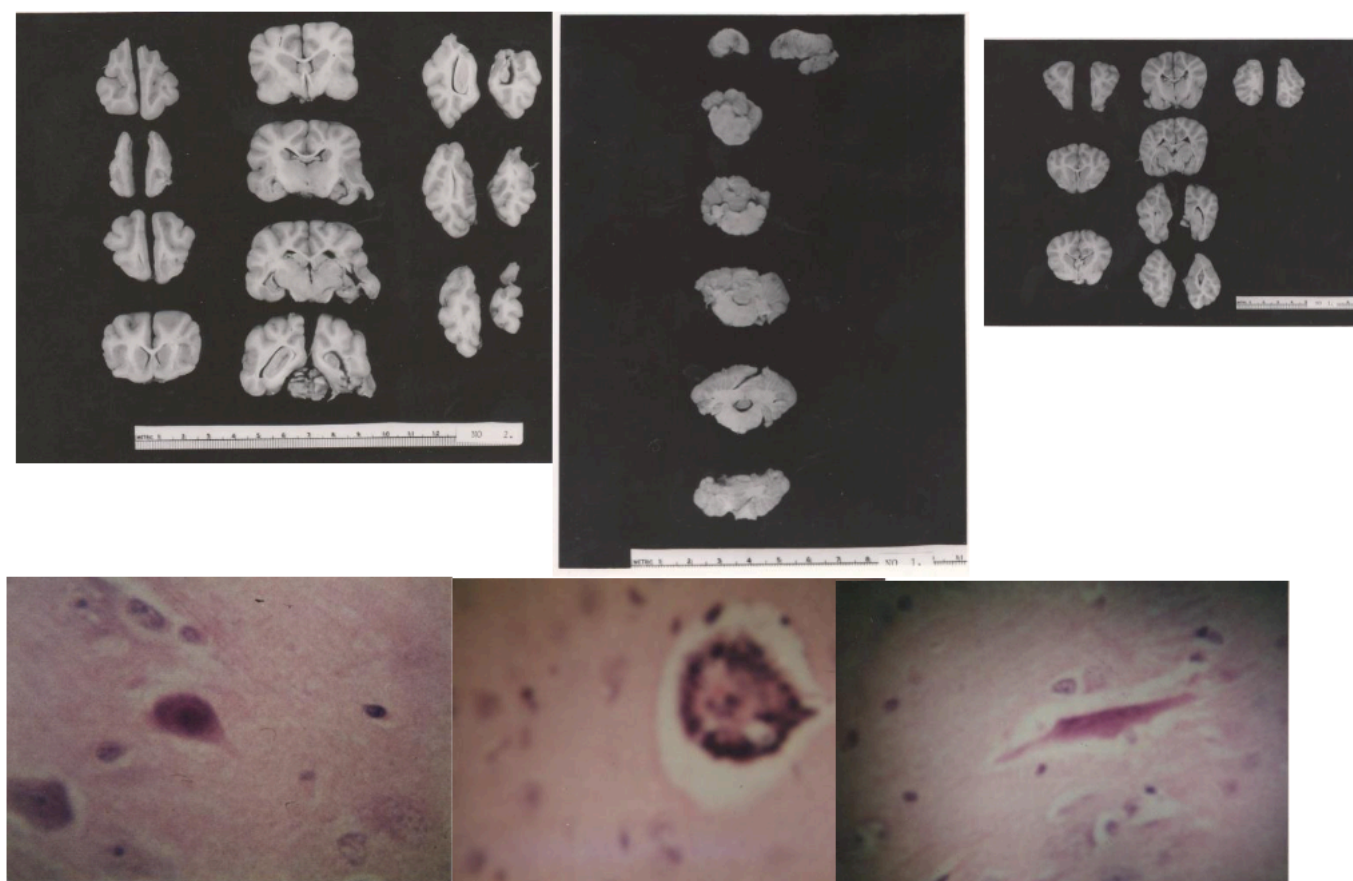


Рисунок 14, 15 16 17, 18, 19 - Макро- и микрогистология мозга у испытуемого животного после CO₂ ангиографии

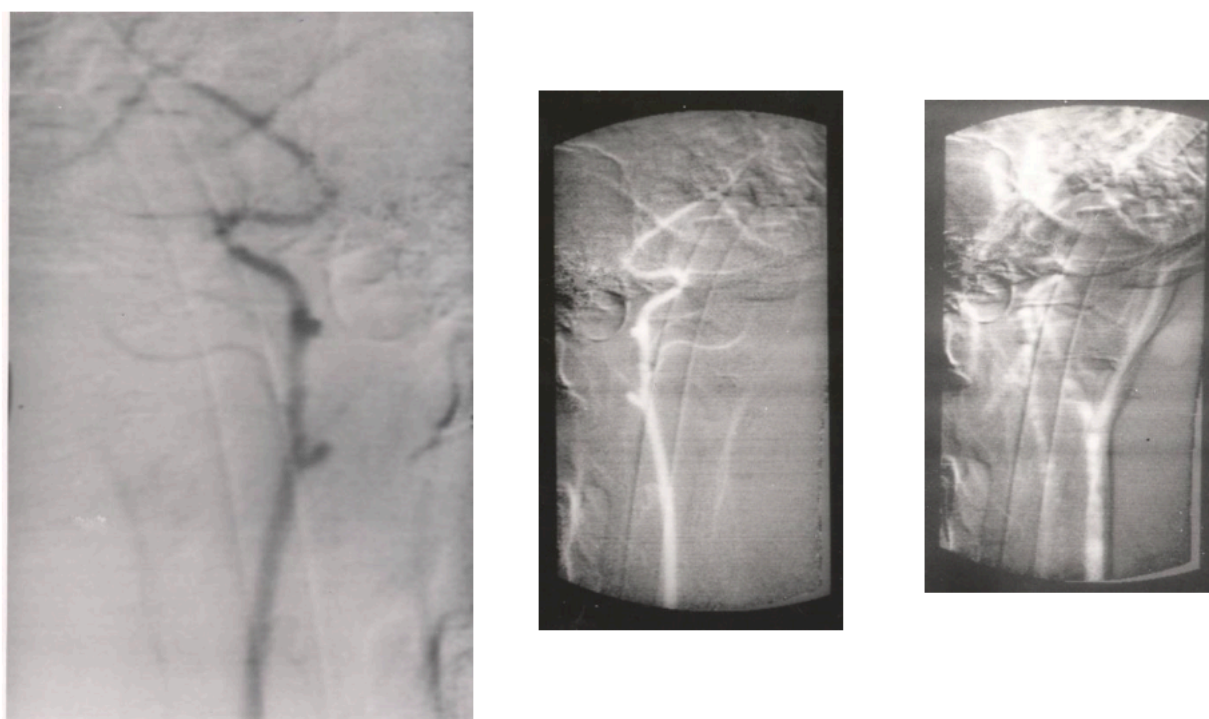


Рисунок 20, 21, 22 - CO₂ АГ артериальных и венозных сосудов шеи

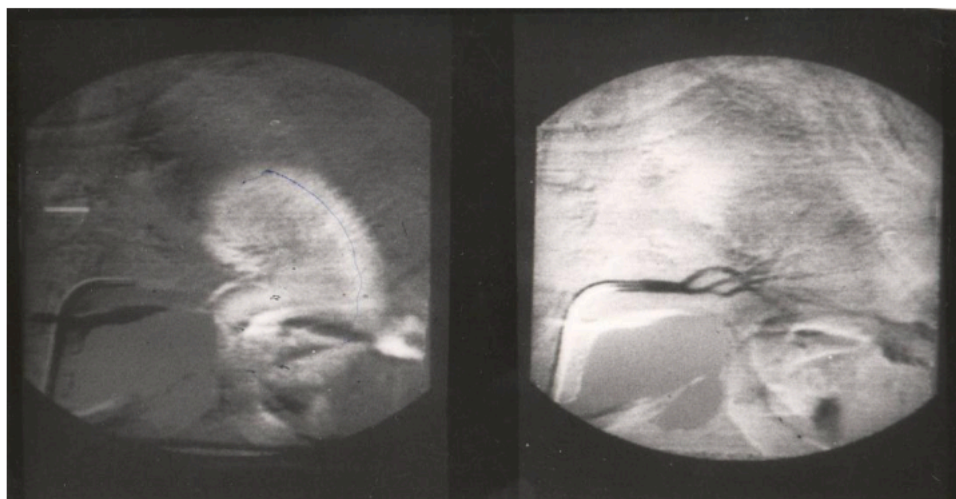


Рисунок 23,24 - CO2 ангиография артериальной и венозной систем почки (возможность визуализации коркового вещества почки)

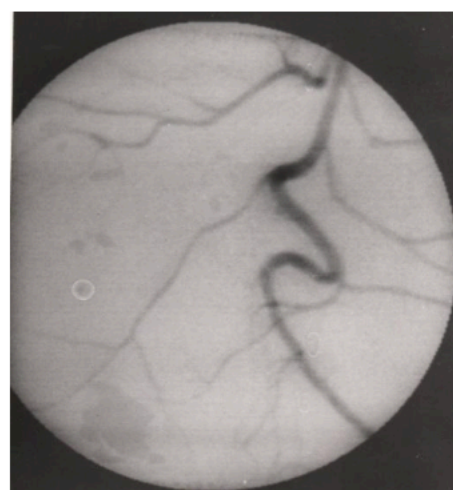
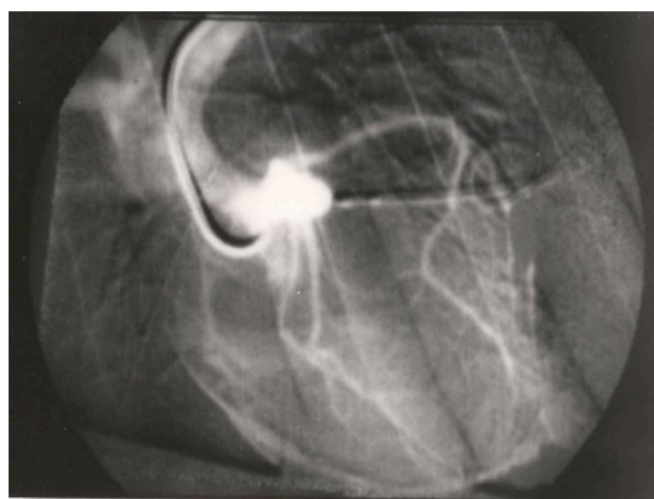


Рисунок 25, 26 - Общая и фрагментальная CO2 коронарография

Коронарный синус.

В те же годы проф. Хал и Бек в своих исследованиях пришли к выводу, что для спасения сердца достаточно увеличить кровоток на 40 мл/мин в артерию ниже окклюзии. Так появилось операции Бек 1,2, артериализация коронарного синуса, то есть операции основанные на повышении давления в венозной системе сердца[17]. 75 % крови сердца получает в диастолу, следовательно коронарные артерии выполняют функцию преднагрузки (preload), а венозные сосуды выполняют

функцию постнагрузки (afterload). Основываясь на этой закономерности, мы создали в эксперименте систему принудительного уменьшения давления в коронарном синусе[18][19][20]. Это методика приводила к оптимальной нормализации гемодинамических и функциональных показателей ишемизированного сердца и сохранение их в течение 600 мин. Мы доложили данные наших исследований на Международном съезде кардиологов в Гарварде. Эти исследования вызвали большой интерес.

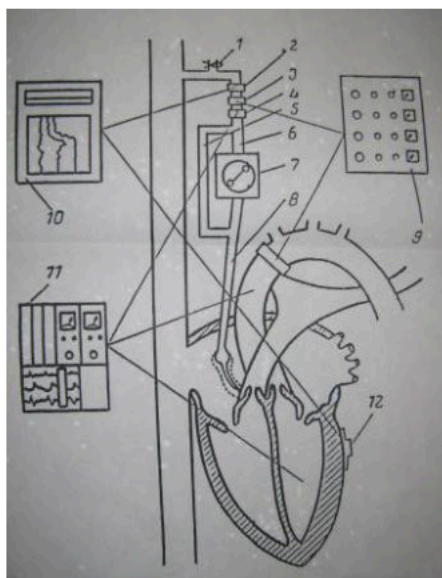


Рисунок 27 - Принципиальная схема устройства для пролонгированного дренажа коронарного синуса

В заключение мне бы хотелось отметить, что в процессе работы центра возникнут спутанные направления, требующие привлечение специалистов других специальностей. Казахстан - республика больших

возможностей, где есть все условия для быстрой интеграции в мировую медицину, а отдаленность от центров мировой медицины понятие чисто географическое, а не профессиональное.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 M. Plich, L. Bidzinashvily: Continuous infusion of medical drugs in the pulmonary artery system for lung diseases in children. *Annals of Surgery*. M.: 1974. - 7. -P. 78-83.
- 2 M. Plich: Catheterization methods for treatment in children with non-specific lung diseases. Conference of Chest Surgery Laboratory and Surgery Dept. of Institute of Postgraduate Education of Academy of Medical Sciences of the USSR. Tbilisi: 1980. - P. 17-20.
- 3 "Emergency mitral commissurotomy on patient with pulmonary edema." Alma-Ata Central Institute of Blood Circulation in Academy of Medical Sciences. Note: This project was reviewed by Prof. Michael DeBakey and Prof. B. Petrovsky and included in their work, "Emergency Surgery: Heart and Vessels" (Russian). M.: 1980.
- 4 M. Plich, V. Shulyak, L. Zoi: Determination of coronary artery occlusion degree by coronarography. *Current Problems of Cardiology*. M.: 1970. - V 14. -P. 81-83.
- 5 V. Sergievsky, M. Plich, V. Jigalkin: Experimental studies of veno-venous extracorporeal circulation in acute respiratory insufficiency. *Current pulmonology*. M.: 1967. - P. 266-268.
- 6 M. Plich, T. Sharir, A. Marmor: Partial extracorporeal blood circulation in acute respiratory insufficiency. Fourth Congress of Intensive and Critical Care Medicine. Jerusalem, Israel: June 1985.
- 7 M. Plich, H. Hamzabaev, E. Diment: Special diagnostic methods of tricuspid valve failures. Congress of Institute of the Blood Circulation of the Academy of Medical Sciences of the USSR. M.: 1970. - P. 213-215.
- 8 M. Plich: On the separate washing and perfusion of complete organ isolated from blood circulation. *Cardiologia*. M.: 1968. -V 1. - P. 66-69.
- 9 M. Plich: Functional studies of denervated liver after isolated perfusion in hypo- and normothermia. *Proceedings: Extracorporeal Bypass in Isolated Organs*. Leningrad: 1970. - P. 34-35.
- 10 R. Nigmatulina, M. Plich, A. Goncharov: Changes of the indices of blood coagulation and anticoagulation system in exclusion of the liver from the circulation and homo-implantation. *Problems of hematology*. M.: 1969. - V 11. - P. 57-61.
- 11 A. Belinskaia, M. Plich, A. Concharov: Morphohistochemical characteristics of the liver under isolated perfusions with oxygenated blood. *Experimental surgery and anesthesiology*. M.: 1970. - V 2. - P. 13-17.
- 12 A. Belinskaia, M. Plich, A. Concharov: Early morphological changes in the liver following complete isolation. *Archives of Pathology*. M.: 1970. - V 2. - P. 70-73.
- 13 M. Plich, V. Shulyak, D. Potseluev: Selective gas angiography in diagnosis of heart and great vessel diseases. Congress of Current Problems of Selective Angiocardiology. M.: 1971. -P. 12-17.
- 14 M. Plich, Y. Mizeritzky, A. Marmor: Prolonged coronary sinus drainage: An approach for management of acute ischemic heart failure. Third Intl. Symposium on myocardial protection via coronary sinus. Boston Univ. Med. Center. June 1988.
- 15 E. Shifrin, M. Plich, A. Vertanding: Cerebral angiography with gaseous carbon dioxide CO₂. *Journal of Cardiovascular Surgery*. Toronto: 1990. - 31. -P. 603-606.
- 16 M. Plich, V. Sergievsky, D. Potseluev: Mistakes and complications during catheterization and contrast examination of the heart and great vessels. *Chest Surgery*. M.: 1970. - V 5. - P. 12-17.
- 17 M. Plich: Coronary sinus hemodynamic and collateral formation of coronary arteries following prolonged occlusion of coronary sinus. *Radiology*. 1979. -5. - P. 18-25.
- 18 M. Plich, R. Klein, A. Marmor: A new approach for fluoroscopically guided transvenous catheterization of the coronary sinus. *Chest*: 1991. -99. - P. 1554-1555..
- 19 M. Plich, Y. Mizeritzky, A. Marmor: Prolonged coronary sinus drainage: An approach for management of acute ischemic heart failure. Third Intl. Symposium on myocardial protection via coronary sinus. Boston Univ. Med. Center: June 1988.
- 20 M. Plich, R. Klein, Y. Mizeritski: The influence of nitrates on coronary sinus pressure (CSP) and coronary sinus flow (CSF) in patients with chronic obstructive pulmonary disease. XVI World Congress on the Diseases of the Chest. Boston, MA: 1989.- (Accepted for presentation).

УДК. 616.12-008.331.1(075.8)

ПРОФ. М.Б. ПЛИХ *, Д.А. КЛЕПИКОВ **, Ж.М. ТЕЛЬШИЕВА **, А.М. АБДРАХМАНОВА **,
Е.А. ИМАНГАЛИЕВ **, Э.А. АМИРХАНОВ **, ДОЦЕНТ Ш.Б. ЖАНГЕЛОВА **, ДОЦЕНТ С.Г. ЕНОКЯН **

**РЕНОВАСКУЛЯРНАЯ ГИПЕРТОНИЯ
РАДИКАЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕТОДОМ СТЕНТИРОВАНИЯ ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ
АНТИЭМБОЛИЗАЦИОННЫХ ПРИСПОСОБЛЕНИЙ
ДЕНЕРВАЦИЯ СИМПАТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ ПОЧЕК**

Реноваскулярная гипертония встречается у 5% больных гипертонией и обычно более, чем в 75% случаев является следствием атеросклероза. Стентирование почечной артерии даёт хорошие непосредственные и отдалённые результаты. Развитие почечной недостаточности, возникающей в 20-40% случаев в различные сроки постпроцедурального периода требует дальнейшего осмысливания этой проблемы.

Этиология стенозирования почечной артерии следующая:

1. Атеросклероз - 80-90% у больных свыше сорока лет;
2. Фибромускулярная дисплазия в 10%
3. Неспецифический артериит (болезнь Такаясу)
4. Нейрофиброматоз
5. Постоперационное стенозирование почечной артерии «трансплант, графт»
6. Радиация.

С клинической точки зрения абсолютным показателем для инвазивного лечения реноваскулярной гипертонии являются:

- а) резистентные гипертонии, т.е не поддающиеся лечению применением более 3-х гипотензивных препаратов;
- б) азотемия;
- в) наличие обоих симптомов;

С анатомической точки зрения:

- а) сужение почечной артерии более 50% и наличие систолического градиента более 10% от системного артериального давления;
- б) наличие внутрисосудистых стенозирующих образований, выявленных с помощью СТ или IVUS.

Абсолютным противопоказанием является следующее:

- а) нестабильность пациента;
 - б) незначительный стеноз почечной артерии.
- К относительным противопоказаниям относятся:

- а) протяженность сегментального полного закрытия почечной артерии;
- б) остиальные поражения, когда имеет место переходящее поражение со стенки аорты;
- в) повышенный риск дистальной эмболизации;
- г) предпочтение хирургического лечения;
- д) повышенная чувствительность к йодосодержащим контрастным веществам.

Ангиопластика с помощью баллонов или стентирования выполняются по обычной методике, практически не отличающейся от баллонирования и стентирования

коронарных артерий. Некоторым отличием является модификация гайд-катетеров.

В период открытия стеноза методом ангиопластики применяется два вида баллонов:

- а) баллоны, изменяющие диаметр «Complaine» в период повышения давления;
- б) каттинг-баллон (Cutting).

При стентировании используются виды стентов различных фирм, работающих в этом направлении. Каждая рентген-хирургическая лаборатория должна иметь:

- а) перфузионный баллон;
- б) каверт (Cavert) стент.

Наличие этих приспособлений позволяет исключить фатальные осложнения, возникающие в период выполнения процедуры.

Результаты стентирования почечной артерии обнадеживающие, что подтверждается следующим:

- а) успех процедуры в 96-98%;
- б) хороший анатомический результат;
- в) незначительные осложнения;
- г) низкая частота рестенозов;
- д) длительный положительный эффект.

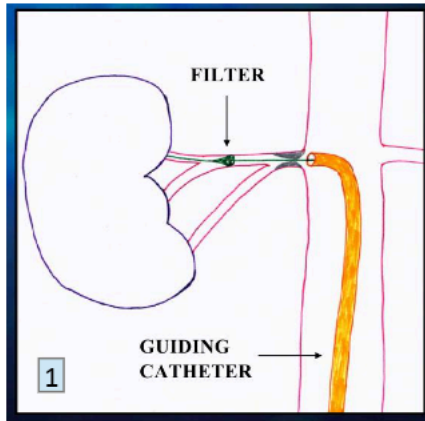
По данным различных авторов десятилетний срок наблюдения, выполненный на более 2000-х анализируемых случаях выявил:

- а) технический успех стентирования 98,5%;
- б) сохранение диаметра почечной артерий в течение более 3-х лет, в 11%;
- в) Рестеноз почечных артерий в 14,7%;
- г) снижение давления и стабилизация его без применения гипотензивных препаратов в 56%, а в случаях необходимости добавления медикаментов 15,5%.

Следовательно, положительный эффект был достигнут в 71,5%. Отмеченное уменьшение гипертрофии левого желудочка по мнению многих авторов не связано напрямую с уменьшением АД, а является следствием нормализации активности ренин-ангиотензин-альдостероновой системы.

Значительно более скромные результаты исследования выявлены при анализе функционального состояния почек:

- а) при баллонировании лишь в 25,3% наступало улучшение;



б) в 53,3% не обнаружено изменений;
 в) в 21,4% отмечено ухудшение, а у больных с диабетом фактически не обнаружено ухудшения.
 Применение стентов частично улучшило эту статистику. Улучшение в 36%, отсутствие результатов в 30%, а ухудшение у 34%. Таким образом ухудшение функции почек колебалось в пределах 20-30%.
 Причины и время развития почечной недостаточности следующие:

а) токсическое действие контрастных веществ в первые 2 дня;
 б) синдром гиперперфузии - несколько дней до недель;
 в) прогрессирующий нефросклероз - месяцы, годы;
 г) рестеноз - 3-6 месяцев\
 д) артериальные эмболии, как причины ишемической нефропатии - 3-4 недели.

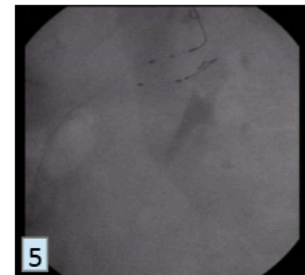
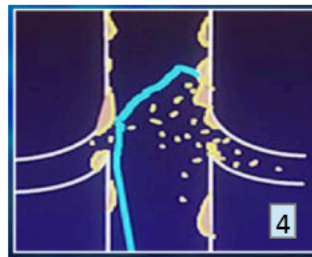
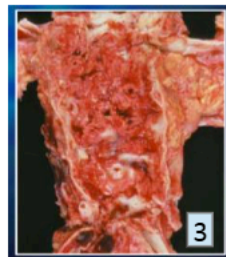
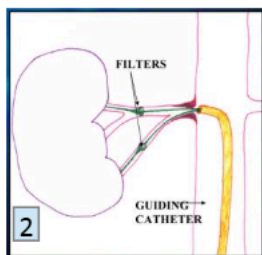


Рисунок 1,2, 3, 4 - (Макропрепарат почечной артерии с элементами эмболии и схематическое изображение артериальной эмболии)

Удельный вес артериальной эмболии среди вышеуказанных причин значителен. Причиной данного осложнения напрямую связано с анатомией стентированного сосуда, технической сложностью процедуры, отбираемых для процедуры катетеров, проводников, возраст пациента и состояние стенки аорты в области отхождения почечных артерий. Опыт кардиологов, стентирующих венозные трансплантаты и каротидные артерии с применением различных фильтров указывает на эффективность этого метода для предупреждения дистальной эмболизации. М. Непгу первым пришел к выводу, что применение фильтров в сочетании с ингибитором GP IIb/IIIa рецепторов (реопро) сохраняет функцию почек. Существует многообразие фильтров для предупреждения дистальной эмболизации в период выполнения процедуры. Однако многообразие говорит о

том, что до настоящего времени нет «идеального» фильтра.

Рисунок 3 – 4 (Рисунок 3- схема: фильтр расположен в общем стволе почечной артерии и защищает оба полюса почки, Рисунок 4 — аналогичная картина расположения фильтра при стентировании почечной артерии у больного)

В 10-17% случаев анатомическое строение почечных артерий исключало возможность стентирования. Как причины это - короткий общий ствол, и следовательно ранняя бифуркация, не оставляющая места для установки даже коротких стентов. При данной анатомии исключалась возможность защиты обоих полюсов почек. Эта проблема неоднократно обсуждалась на международных съездах. М.Plich, R.Klain впервые предложили оригинальное решение этого вопроса и ввели его в практику в 2007 году. (Рисунок 5, 6, 7, 8, 9)

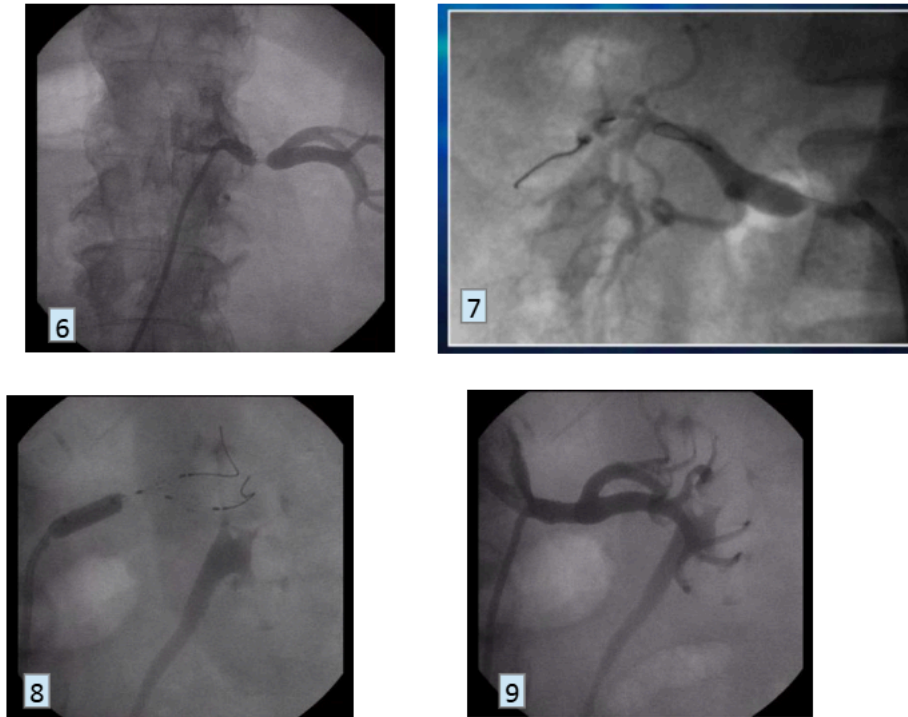


Рисунок 5, 6, 7, 8, 9 - Схема нашей методики и клинический случай стентирования при ранней бифуркации общего ствола почечной артерии

В последнее время появился новый метод лечения резистентных гипертоний - метод денервации симпатической системы почечных артерий. Данный метод сравнительно молод, нет достаточного количества публикаций и все авторы в один голос утверждают о необходимости дальнейшей оценки результатов, систематизации по определенным признакам и сравнительной оценки технических приемов, используемых при выполнении этой процедуры.

Заключение:

Таким образом в настоящее время существует два метода лечения реноваскулярной гипертонии:

а) сохранение принципа «Demand — Supply» путем стентирования и восстановления анатомии почечной артерии;

б) метод нейрогуморальной стабилизации путем денервации симпатической системы и нормализации почечной функции.

Первая волна энтузиазма пока не базируется на достаточном анализируемом материале. Каждый из этих методов имеет свои положительные и отрицательные стороны. Эти методы не конкурирующие, а возможно в будущем дополняющие друг-друга.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Berglund G, Anderson O, Wilhelmssen L. Prevalence of primary and secondary hypertension: studies in a random population sample. *Br Med J.* - 1976. - 2. - P. 554-556.
- 2 Lewin A, et al. Apparent prevalence of curable hypertension in the hypertension detection and follow-up program. *ARCH Intern Med.* - 1985. - 145. - P. 424-427.
- 3 Safian RD, Textor SC. Renal-artery stenosis. *N Engl J Med.* - 2001. -344. - P. 431- 442.
- 4 Gerlock AJ Jr, MacDonell RC Jr, Smith CW, et al. Renal transplant arterial stenosis: percutaneous transluminal angioplasty. *AJR Am J Roentgenol.* - 1983. -140. - P.325-331.
- 5 Tegtmeier CJ, Selby JB, Hartwell GD, et al. Results and complications of angioplasty in fibromuscular disease. *Circulations.* - 1991. - 83[Suppl I]. - P. I-155-1- 161.
- 6 Palmaz JC, Kopp DT, Hayashi H, et al. Normal and stonotic renal arteries: experimental balloon-expandable intraluminal stenting. *Radiology.* - 1987. -164. - P. 705-708.
- 7 Plich M, Klein R. Renal artery stenting with two simultaneous protection devices. *Catheterization and Cardiovascular Interventions.* - 2008. - 71. - P. 264-267.

Г.Н. ЧИНГАЕВА, М.И. РАЕВА, Д.А. МАЛИКОВА, А.А. КАЛАУБЕКОВА
Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У БЕРЕМЕННЫХ: КЛАССИФИКАЦИЯ И ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ С ПОЗИЦИИ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

Артериальная гипертония (АГ) беременных занимает особое место среди актуальных вопросов современной медицины. Она является составной частью как минимум двух чрезвычайно остро стоящих сегодня медико-социальных проблем: АГ в целом и репродуктивного здоровья нации. Основная проблема АГ у беременных: отсутствие единой терминологии, использования различных классификации и критериев АГ, тактики ведения пациенток. Мы попытались на основе доказательной медицины представить классификацию АГ у беременных и принципы лекарственной терапии, включая неотложную помощь при гипертоническом кризе.

Ключевые слова: беременность, артериальная гипертония, лекарственная терапия

Артериальная гипертония (АГ) беременных занимает особое место среди актуальных вопросов современной медицины, особенно у беременных. Артериальная гипертония у беременных в настоящее время по-прежнему остается основной причиной как материнской, так и перинатальной заболеваемости и летальности, а также ряда акушерских осложнений. По данным ВОЗ, в структуре материнской смертности доля гипертонического синдрома составляет 20-30%, ежегодно во всем мире более 50 тыс. женщин погибают в период беременности из-за осложнений, связанных с АГ у матери [1-3]. АГ увеличивает риск отслойки нормально расположенной плаценты, массивных коагулопатических кровотечений в результате отслойки плаценты, а также может быть причиной эклампсии, нарушения мозгового кровообращения, отслойки сетчатки [4].

В последнее время отмечено увеличение распространенности АГ во время беременности за счет ее хронических форм на фоне роста числа пациенток с ожирением, сахарным диабетом и в связи с увеличением возраста беременных. И наоборот – женщины, у которых развиваются гипертонические расстройства в период беременности, в дальнейшем относятся к группе риска по развитию ожирения, сахарного диабета, сердечно-сосудистых заболеваний. Дети этих женщин имеют повышенный риск развития различных метаболических и гормональных нарушений, сердечно-сосудистой патологии [2]. Основная проблема лечения АГ у беременных в том, что акушеры и кардиологи говорят на разных языках. Отсутствует единый взгляд на тактику немедикаментозной и медикаментозной терапии, в ряде случаев применяются противопоказанные при беременности лекарственные препараты, используются опасные комбинации. При выборе лекарственных средств врачи руководствуются в основном личным опытом или традициями лечебного учреждения. В аптечной сети отсутствует целый ряд препаратов, рекомендуемых современными руководствами для использования у беременных с АГ, в том числе для неотложной терапии. Отсутствует преемственность ведения этой категории пациенток (на этапе планирования беременности, во время беременности и после родов) [5]. Кроме того, международные стандарты лечения неотложных состояний существенно отличаются от традиционных отечественных представлений и более сложны для выполнения на практике, так как предполагают использование лекарственных препаратов или их форм, не получивших в Казахстане широкого

распространения или даже не имеющих государственной регистрации.

Критериями для диагностики АГ при беременности, по данным ВОЗ, являются уровень систолического АД (САД) 140 мм рт.ст. и более или диастолического АД (ДАД) 90 мм рт.ст. и более либо увеличение САД на 25 мм рт.ст. и более или ДАД на 15 мм рт.ст. по сравнению с уровнями АД до беременности или в I триместре беременности [5]. Следует отметить, что при физиологически протекающей беременности в I и II триместрах возникает физиологическое снижение АД, обусловленное гормональной вазодилатацией, в III триместре АД возвращается к обычному индивидуальному уровню или может немного превышать его [3,7].

В нашей статье мы приводим классификацию гипертонических состояний при беременности, рекомендации по диагностике и ведению беременных с АГ, составленные на основе рекомендаций Европейского общества по гипертонии и Европейского общества кардиологов (ЕОГ-ЕОК, 2003, 2007) [6,8,9]; комитета экспертов Европейского кардиологического общества по ведению беременных с сердечно-сосудистыми заболеваниями (2003 г.) [8-10]; седьмого доклада экспертов Объединенного национального комитета США по профилактике, диагностике, оценке и лечению повышенного артериального давления – АД (JNC7, 2003) [6].

В современных зарубежных классификациях выделяют следующие формы гипертонических состояний у беременных: хроническая АГ, гестационная АГ, преэклампсия (ПЭ) и ПЭ на фоне хронической АГ [8,10-11].

В отечественной литературе еще можно встретить термин «гестоз», обозначающий клиническую ситуацию сочетания повышения АД во второй половине беременности с протеинурией и отеками. С нашей точки зрения, предпочтительнее использовать международную терминологию гипертонических состояний у беременных.

Классификация АГ у беременных

1. Хроническая АГ
 - А. Эссенциальная гипертония
 - Б. Симптоматическая гипертония
2. Гестационная АГ (диагноз на период беременности)
 - А. Преходящая АГ (ретроспективный диагноз)
 - Б. Хроническая АГ (ретроспективный диагноз)
3. ПЭ
 - ✓ умеренно тяжелая

- ✓ тяжелая
- ✓ критические формы ПЭ: эклампсия; отек, кровоизлияние и отслойка сетчатки; острый жировой гепатоз; HELLP-синдром; острая почечная недостаточность; отек легких, отслойка плаценты

4. ПЭ на фоне хронической АГ

Представляется целесообразным последовательно рассмотреть категории гипертензивных состояний, вошедшие в настоящую классификацию.

Хроническая АГ

Хроническая АГ – АГ, диагностированная до наступления беременности или до 20-й недели гестации. Диагностическим критерием хронической АГ считается систолическое АД (САД) >140 мм рт. ст. и/или диастолическое АД (ДАД) >90 мм рт. ст. АГ, возникшая

после 20-й недели гестации, но не исчезнувшая после родов, также классифицируется как хроническая гипертония, но уже ретроспективно.

Хроническая АГ – это гипертоническая болезнь (эссенциальная АГ), или симптоматическая гипертония. Следует учитывать, что повышение уровня АД у молодой женщины требует особенно тщательного исключения вторичного характера гипертонии (АГ, связанная с патологией почек; АГ при поражении почечных артерий; феохромоцитоме; первичный альдостеронизм; синдромом Иценко–Кушинга; коарктация аорты; АГ, обусловленная приемом лекарственных препаратов).

Классификация уровней АД у лиц 18 лет и старше представлена в таблице 1.

Таблица 1 - Классификация уровней артериального давления

Категория АД	САД мм рт.ст.	ДАД мм рт.ст.
Оптимальное АД	<120	<80
Нормальное АД	120-129	80-84
Высокое нормальное АД	130-139	85-89
АГ 1-й степени (мягкая)	140-159	90-99
АГ 2-й степени (умеренная)	160-179	100-109
АГ 3-й степени (тяжелая)	≥180	≥110

Наиболее точно степень АГ может быть установлена в случае впервые диагностированной АГ и у пациентов, не принимающих антигипертензивные препараты.

Гестационная АГ. Повышение АД, впервые зафиксированное во второй половине беременности (после 20-й недели беременности) и не сопровождающееся протеинурией, классифицируется как гестационная АГ.

В случае развития гестационной АГ окончательный диагноз ставится лишь после родов. Если АД возвратилось к норме через 12 недель после родов, целесообразно использовать термин «преходящая, или транзиторная, АГ». При сохранении повышенного уровня АД через 12 недель после родов диагностируется хроническая АГ.

Таким образом, диагноз гестационной АГ – это диагноз на период беременности и до постановки окончательного диагноза.

Презеклампсия. ПЭ является специфичным для беременности синдромом, возникающим после 20-й недели гестации, и определяется по наличию АГ и протеинурии. В некоторых случаях диагноз устанавливается при отсутствии протеинурии, если АГ сопровождается следующими патологическими изменениями: генерализованными отеками, олигурией, увеличением креатинина, тромбоцитопенией, гемолизом; повышением АСТ, АЛТ, болями в животе; неврологической симптоматикой, задержкой внутриутробного развития плода. Факторами риска развития ПЭ являются первая беременность, крайние границы детородного возраста, ПЭ в семейном анамнезе, ПЭ в предыдущей беременности, экстрагенитальные заболевания (АГ, заболевания почек,

органов дыхания, сахарный диабет, ожирение), а также многоплодие, пузырный занос и многоводие.

Критерием гестационного повышения АД является САД ≥140 мм рт. ст. и/или ДАД ≥90 мм рт. ст. у женщин, имевших нормальное АД до 20 недель беременности. Протеинурия определяется как суточная экскреция 0,3 г белка или более. Это обычно соответствует 30 мг/дл. Отеки – прибавка массы тела за 1 неделю более 500 г или отеки ног с очевидными симптомами задержки жидкости наблюдаются у 80% женщин с нормально протекающей беременностью и не коррелируют с ухудшением результатов перинатального периода. Именно поэтому в большинстве современных рекомендаций наличие отеков не относится к критериям ПЭ – специфичного для беременных патологического состояния [8,10,11]. ПЭ может быть умеренной тяжести и тяжелой. Выделяют также критические формы ПЭ, к которым относят: эклампсию; отек, кровоизлияние и отслойку сетчатки; острый жировой гепатоз; HELLP-синдром; острую почечную недостаточность; отек легких и отслойку плаценты.

Эклампсию определяют как возникновение у женщин с ПЭ судорог, которые не могут быть объяснены другими причинами. При постановке диагноза ПЭ необходима госпитализация в стационар. При тяжелой ПЭ необходим перевод в реанимационное отделение и подготовка к родоразрешению. При ПЭ умеренной тяжести вопрос о дальнейшей тактике лечения зависит от срока беременности, состояния плода, эффективности лечения. ПЭ на фоне хронической АГ диагностируется в том случае, если на фоне АГ, существующей до беременности или диагностированной до 20-й недели, появляются следующие симптомы:

- ✓ протеинурия (0,3 г белка и более в суточной моче), впервые возникшая после 20-й недели беременности у женщины с АГ без протеинурии в ранние сроки беременности (до 20 нед);
 - ✓ резкое увеличение протеинурии после 20-й недели беременности у пациентки с АГ и протеинурией до 20 нед беременности;
 - ✓ резкое повышение АД у женщин, у которых ранее (до 20 нед беременности) АД легко контролировалось;
 - ✓ олигурия, увеличение креатинина; тромбоцитопения, гемолитиз; повышение АСТ, АЛТ, генерализованные отеки.
- В настоящее время накоплено достаточно данных о том, что частота развития ПЭ у беременных с хронической АГ значительно увеличивается по сравнению с женщинами, имеющими до беременности нормальный уровень АД. Прогноз для матери и плода в данном случае много хуже, чем при каждом из этих заболеваний в отдельности [12,13].

В настоящее время АГ беременных, преэклампсия, эклампсия, HELLP-синдром, гемолитико-уремический синдром (ГУС)/тромботическая тромбоцитопеническая пурпура (ТТП) беременных считаются проявлениями эндотелиальной дисфункции с вовлечением многих органов и систем, в том числе головного мозга, печени, почек, кровеносных сосудов и плаценты.

Особенности лечения АГ у беременных

Цель лечения беременных с АГ – предупредить осложнения, обусловленные высоким уровнем АД, обеспечить сохранение беременности, нормальное развитие плода и успешные роды [6,7,13]. **Не рекомендуется:** ограничение потребления соли и жидкости, уменьшение лишней массы тела до завершения беременности, физические нагрузки. Целесообразность постельного режима не доказана,

даже в случаях присоединения преэклампсии. Ограничение соли может усугубить нарушение фетоплацентарного кровотока. Кроме того, необходимо избегать резкого снижения АД (пациентка находится в состоянии гиповолемии). Длительное лечение антигипертензивными препаратами беременных с хронической АГ до сих пор является предметом споров. Как высокое, так и низкое АД может нарушить маточно-плацентарный кровоток и подвергнуть риску развитие плода. У беременных с тяжелой АГ не проводилось контролируемых плацебо клинических исследований по оценке эффективности лечения и по этическим соображениям их проведение едва ли предвидится [14,15].

Фармакотерапия АГ при беременности

Более десяти классов лекарственных средств используют при лечении АГ. Однако для лечения АГ при беременности допускается применение лишь отдельных препаратов, относящихся к шести из этих групп. При беременности применяются только антигипертензивные препараты, безопасность которых установлена многолетними клиническими наблюдениями. Практически все антигипертензивные препараты проникают через плаценту и потенциально способны оказывать нежелательное влияние на плод, новорожденного и/или дальнейшее развитие ребенка. Спектр антигипертензивных препаратов, используемых при беременности, ограничен.

В связи с этим при выборе фармакотерапии целесообразно использовать принятые в США критерии классификации лекарственных препаратов Управления по контролю качества пищевых продуктов и лекарств (FDA – Food and Drug Administration), представленные в таблице 2.

Таблица 2 - Критерии классификации лекарственных препаратов по безопасности для плода FDA, США [15]

A	Контролируемые исследования у беременных не выявили риска для плода
B	В экспериментальных исследованиях у животных не обнаружен риск для плода, но исследования у беременных не проводились; либо в эксперименте получены нежелательные эффекты, которые не подтверждены в контрольных исследованиях у беременных в I триместре. Нет очевидного риска во II, III триместрах
C	В экспериментальных исследованиях выявлен риск для плода (тератогенное, эмбриотоксическое действие), не было контролируемых исследований у беременных; либо экспериментальных и клинических исследований не проводилось. Препараты могут назначаться, когда ожидаемый терапевтический эффект превышает потенциальный риск для плода
D	В экспериментальных и клинических исследованиях доказан риск для плода. Препарат расценивается как опасный, но может назначаться беременным по жизненным показаниям, а также в случае неэффективности или невозможности использования препаратов, относящихся к классам A, B, C
X	Опасное для плода средство, негативное воздействие этого лекарственного препарата на плод превышает потенциальную пользу для будущей матери

Следует уточнить, что антигипертензивных лекарственных средств, относящихся к классу A, для лечения АГ у беременных в настоящее время не существует. Необходимо помнить, что ни один препарат не является стопроцентно безопасным на ранней стадии беременности.

Основными принципами лекарственной терапии в период беременности являются доказанная эффективность и доказанная безопасность. В современных рекомендациях по ведению больных АГ, основными препаратами для лечения беременных, отвечающими требованиям к фармакотерапии в период беременности, названы метилдопа, β-адреноблокаторы,

α-β-адреноблокатор лабеталол, блокаторы медленных кальциевых каналов и некоторые вазодилататоры миотропного действия [9,10,15-18].

Метилдопа в соответствии с классификацией FDA (таблица 2) относится к классу B и является в большинстве стран препаратом первой линии при лечении АГ беременных. Выбор основан на результатах длительного опыта применения препарата в период гестации, продемонстрировавшего безопасность препарата для матери, плода и новорожденного. Клиническими исследованиями было показано, что в ходе лечения препаратом остаются стабильными маточно-плацентарный кровоток и гемодинамика плода,

снижается перинатальная смертность. Отмечено, что метилдопа не влияет на величину сердечного выброса и кровоснабжение почек у матери. Важно, что метилдопа – пока единственный антигипертензивный препарат, использующийся во время беременности, при применении которого изучались отдаленные последствия в отношении развития [16]. Доза препарата обычно составляет 500-2000 мг/сут в 2-3 приема. Безопасность длительного применения метилдопы у беременных подтверждается не только результатами нескольких контролируемых исследований, но и более чем 7-летним наблюдением за детьми, матери которых во время беременности принимали метилдопу [17,18]. К недостаткам препарата относится тот факт, что метилдопа не всегда хорошо переносится беременными: у 22% женщин на фоне терапии метилдопой отмечены побочные реакции в виде сонливости, депрессии, ортостатической гипотензии. Кроме того, это лекарственное средство не рекомендуется применять на 16-20 неделях гестации в связи с возможностью влияния на содержание допамина в нервной системе плода.

Празозин – единственный блокатор α 1-адренорецепторов, который считается не только эффективным, но и безопасным во время беременности. Безопасность празозина при беременности установлена в небольших контролируемых исследованиях. При умеренной и тяжелой АГ его обычно назначают в комбинации с β -адреноблокатором, который нивелирует вызываемую им рефлекторную тахикардию. Терапию празозином следует начинать с малых доз (0,5 мг) из-за опасности развития ортостатической гипотонии. После приема первой дозы препарата больные не менее 3 ч должны оставаться в горизонтальном положении. Доза празозина варьирует от 1 до 15 мг/сут в 2 приема. В настоящее время празозин считается антигипертензивным препаратом второго ряда и назначается в случае неэффективности (или недостаточной эффективности) метилдопы, лабеталола или β -адреноблокатора с внутренней симпатомиметической активностью (ВСА) – окспренолола или пиндолола [14,15,18].

β -адреноблокаторы. В соответствии с классификацией FDA β -адреноблокаторы пиндолол и ацебутолол относятся к классу В; метопролол, тимолол, окспренолол, пропранолол – к классу С, атенолол – к классу D в 1997 году и к классу С с 2000 года. К настоящему времени опубликовано много сообщений об изучении эффектов β -адреноблокаторов при лечении АГ в период беременности, и в большинстве из них указывается на успешное использование препаратов этой группы. Данные нескольких рандомизированных клинических исследований в целом свидетельствуют, что β -адреноблокаторы эффективны и безопасны в качестве антигипертензивной терапии АГ беременных.

Пиндолол является неселективным β -адреноблокатором с внутренней симпатомиметической активностью (ВСА), наиболее выраженной в отношении β 2-адренорецепторов. Активируя β 2-адренорецепторы сосудов, он (в отличие от β -адреноблокаторов без ВСА) уменьшает ОПСС. При беременности пиндолол увеличивает маточно-плацентарный кровоток и улучшает функцию почек матери. Пиндолол оказывает такое же благоприятное влияние на течение и исходы АГ при

беременности, как и метилдопа, но в меньшей степени замедляет внутриутробное развитие плода, чем атенолол [17,18]. Дозы пиндолола составляют 10-60 мг/сут в 2 приема. Другие β -адреноблокаторы с ВСА – ацебутолол, окспренолол, метопролол – не уступают метилдопе по эффективности лечения беременных с АГ, однако они не получили такого широкого распространения, как пиндолол. По данным системного обзора, по сравнению с плацебо β -адреноблокаторы уменьшают вероятность развития тяжелой АГ и потребность в добавлении других антигипертензивных средств. Влияние β -адреноблокаторов на неонатальные исходы не анализировались [14,19]. Однако имеются данные о том, что β -адреноблокаторы могут замедлять внутриутробное развитие плода, причем выраженность этого эффекта напрямую зависит от длительности терапии. По этой причине β -адреноблокаторы не рекомендуется применять в I и II триместрах беременности [7]. Из доступных β -адреноблокаторов для лечения АГ при беременности не подходят неселективные препараты, которые, блокируя β 2-адренорецепторы, повышают сосудистый тонус и тем самым могут уменьшать маточно-плацентарный кровоток и как следствие замедлять внутриутробное развитие плода. Кроме того, неселективные β -адреноблокаторы, в частности пропранолол, могут усиливать родовую деятельность и вызывать брадикардию и гипогликемию у новорожденного.

Атенолол также противопоказан при беременности. По данным нескольких исследований, атенолол в большей степени, чем другие β -адреноблокаторы, замедляет внутриутробное развитие плода. По данным нескольких исследований, масса тела и рост новорожденных, матери которых во время беременности принимали атенолол, были достоверно меньше, чем у новорожденных, матери которых получали другие β -адреноблокаторы, другие антигипертензивные средства или даже не получали никакой терапии. Неблагоприятный эффект атенолола на внутриутробное развитие плода был тем больше, чем в более ранние сроки беременности начинали терапию [16,18]. Из доступных β -адреноблокаторов для лечения АГ при беременности наиболее широко используются метопролол, окспренолол и особенно пиндолол.

Лабеталол является комбинированным блокатором α 1- и β -адренергических рецепторов, обладающий вазодилатирующими свойствами за счет блокады α -рецепторов сосудов. Широко используется за рубежом как препарат замены при неэффективности или непереносимости препарата выбора – метилдопы. Лабеталол относится к препаратам класса С по FDA. Привлекательность лабеталола усиливает тот факт, что у него слабее, чем у других β -адреноблокаторов, выражена способность проникать через плаценту. В плацебо-контролируемом исследовании показано, что при мягкой и умеренной АГ во время беременности лабеталол не вызывает задержки внутриутробного развития плода или гипогликемии у новорожденных. Он более эффективно контролирует АД, чем метилдопа, и лучше переносится. По антигипертензивной эффективности его действие сопоставимо с гидралазином. Лабеталол более удобен для длительного применения, чем комбинация обычного β -адреноблокатора и гидралазина или празозина. Вместе

с тем, безопасность лабеталола изучена в меньшей степени, чем препарата метилдопа. Лабеталол может вызывать повреждение печени и потому обычно относится к препаратам второго ряда для лечения АГ при беременности [18]

Блокаторы медленных кальциевых каналов. По классификации FDA большинство блокаторов медленных кальциевых каналов относятся к классу С. Мнения относительно безопасности и эффективности данной группы антигипертензивных средств при лечении АГ в период беременности неоднозначны. Комитет экспертов Европейского кардиологического общества по ведению беременных с сердечно-сосудистыми заболеваниями обращает внимание, что при использовании блокаторов кальциевых каналов при АГ в период беременности не отмечено ни отрицательного влияния, ни позитивного воздействия на прогноз беременности и родов. По этой причине ряд авторов рекомендуют использовать блокаторы кальциевых каналов для лечения острой и хронической АГ беременных в случаях, когда АГ рефрактерна к терапии метилдопой или β -адреноблокаторами, либо существуют противопоказания для использования указанных препаратов. Одновременно в рекомендациях ЕОГ-ЕОК, 2003, блокаторы кальциевых каналов представлены как препараты второй линии. Авторами документа отмечено, что блокаторы кальциевых каналов, вероятно, более эффективны в лечении АГ беременных, чем β -адреноблокаторы [19,20]. Существует настороженность по поводу потенциального риска тератогенных эффектов блокаторов кальциевых каналов, так как кальций активно участвует в процессах органогенеза.

В доступной литературе достаточно сообщений об успешном использовании как короткодействующего нифедипина в качестве средства для фармакотерапии тяжелой АГ, гипертонических кризов у беременных, так и ретардных форм нифедипина для продолжительной базисной терапии АГ в период гестации. Все исследователи сообщают об устойчивом антигипертензивном эффекте нифедипина. Большинство авторов подчеркивают отсутствие серьезных осложнений и, в частности, развития тяжелой гипотензии у матери при использовании в клинической практике нифедипина. Однако следует иметь в виду, что нифедипин короткого действия при сублингвальном использовании в ряде случаев может провоцировать резкое падение АД, что приводит к снижению плацентарного кровотока, поэтому при гипертоническом кризе у беременной его следует применять перорально. Следует помнить о том, что совместное применения антагонистов кальция и сульфата магния противопоказано. Описаны случаи гипотензии, угнетения сократимости миокарда, инфаркта миокарда и нервно-мышечной блокады при использовании этой комбинации препаратов [6,15,18]

Периферические вазодилататоры в настоящее время не применяются для плановой терапии и используются только в экстренных ситуациях. Гидралазин относится по FDA к классу В и является одним из наиболее часто применяемых за рубежом препаратов для парентерального введения при внезапном резком повышении АД у женщин с АГ в период гестации. Препарат, по мнению ряда исследователей, оказывает быстрый, но контролируемый антигипертензивный эффект, не оказывает негативного влияния на сердечный

выброс матери и кровообращение плода. Одновременно многие авторы указывают, что гидралазин может вызвать достаточно много побочных эффектов у матери (головная боль, тахикардия, аритмия, олигурия, гипотония, гемолиз, повышение уровня печеночных ферментов, тромбоцитопения) и брадикардию у плода. В Европе отказались от применения гидралазина и рекомендуют использовать при гипертонических кризах в период беременности лабеталол (для внутривенного введения), нифедипин и метилдопу (перорально). Дигидралазин близок к гидралазину по эффектам, но способен оказывать неблагоприятное влияние на углеводный обмен, его применяют лишь в случае неэффективности других лекарственных средств, используемых при купировании тяжелой АГ, – гидралазина, нифедипина, лабеталола.

Антигипертензивное действие гидралазина ослабевает со временем, поскольку препарат вызывает рефлекторную тахикардию и задержку жидкости. По этой причине его обычно используют для усиления действия метилдопы или β -адреноблокатора [6,15,20]. В настоящее время гидралазин считается антигипертензивным препаратом второго ряда и назначается при неэффективности (или недостаточной эффективности) метилдопы, лабеталола или β -адреноблокатора с ВСА (окспренолола или пиндолола). Клофелин – гипотензивный препарат центрального действия используется вместо метилдопы при ее неэффективности (категория С). В настоящее время в Европе и США у беременных не используется.

Диуретики. Тиазидные (и тиазидоподобные) диуретики – один из основных классов антигипертензивных препаратов, которые широко используют при лечении АГ у небеременных больных, особенно пожилого возраста. Основным аргументом против использования диуретиков для лечения АГ у беременных является то, что они уменьшают объем циркулирующей плазмы и тем самым могут оказывать неблагоприятное влияние на внутриутробное развитие плода. К тому же они повышают сывороточные концентрации мочевой кислоты, что может привести к неправильному диагнозу о присоединении преэклампсии к хронической АГ [15,18]. По данным метаанализа, нет доказательств способности диуретиков предотвращать развитие преэклампсии у беременных, в то же время при их применении часто отмечаются тошнота и рвота [1,15,21]. В любом случае тиазидные диуретики с большой осторожностью следует применять у женщин с преэклампсией.

Категорически противопоказаны беременным ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента. Достоверно установлено, что они способны угнетать экскреторную функцию почек плода, вызывать маловодие, а впоследствии – даже безводие. Если пациентка постоянно принимала ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента и продолжила их прием в начале беременности, это в любом случае не является показанием к прерыванию беременности, поскольку описанные выше побочные эффекты присущи при условии применения препарата во II и III триместрах беременности. Однако большую обязательно переводят на другие антигипертензивные средства сразу же после установления беременности (лучше на этапе ее

планирования). Такая же тактика принята относительно блокаторов рецепторов ангиотензина II [3,15,16].

Таким образом, не все антигипертензивные препараты подходят для лечения АГ при беременности. По мнению разных авторов, препаратами первого ряда являются метилдопа, а также лабеталол, окспренолол и пиндолол. К препаратам второго ряда относятся празозин, гидралазин и нифедипин. Не рекомендуется использовать во время беременности диуретики, а также атенолол и пропранолол. ИАПФ и БРА противопоказано применять во II и III триместрах беременности. Применение этих препаратов в указанные сроки связано с высоким риском задержки внутриутробного развития плода, маловодия, костных дисплазий с нарушением оссификации свода черепа и укорочением конечностей, респираторного дистресс-синдрома, гипотензии, гипоплазии легких, дисгенезии почек, острой почечной недостаточности у плода или новорожденного, а также их гибели [15,16,22].

Лечение гипертонического криза

Значительное повышение АД у беременных требует его снижения. САД ≥ 170 мм рт. ст. или ДАД ≥ 110 мм рт. ст. у беременных должно рассматриваться как неотложное состояние, и в этом случае абсолютно необходима госпитализация. Главное правило при лечении гипертонических кризов – осторожное и контролируемое

снижение АД. Слишком агрессивное лечение может привести к снижению перфузионного давления ниже минимального уровня, необходимого для нормального функционирования органов. Это приведет к дальнейшему повреждению структур головного мозга, миокарда или почек, снижению плацентарного кровообращения, отслойке плаценты и гипоксии плода [18,22,23]. При проведении гипотензивной терапии следует иметь в виду, что снижение АД должно быть не более 20% от исходного. Применение диуретиков для лечения ПЭ с отеком легких не оправдано, так как при ПЭ уменьшается объем циркулирующей крови [10,15].

Осторожно: внезапная и тяжелая гипотензия может возникнуть при назначении любого из этих препаратов, особенно короткодействующего нифедипина. Конечной целью лечения беременных с АГ в экстренных ситуациях должно быть его постепенное снижение до нормальных величин. Клиническое замечание: при лечении гипертонического криза внутривенный путь введения препаратов безопаснее и предпочтительнее, чем оральные или внутримышечные, так как позволяет предупредить развитие тяжелой гипотензии путем прекращения инфузии.

Как указано выше препаратами выбора при гипертонических кризах в период беременности являются гидралазин и лабеталол (таблица 3).

Таблица 3 – Лечение острой тяжелой гипертензии при преэклампсии [15,18]

Препарат	Методика введения
Гидралазин	5 мг в/в, затем 10 мг каждые 20-30 минут до максимальной дозы – 25 мг, при необходимости повторить через несколько часов
Лабеталол	20 мг в/в болюсно, затем 40 мг каждые 10 минут и по 80 мг каждые 10 минут еще 2 раза до максимальной дозы – 220 мг
Нифедипин (неоднозначно)	10 мг per os каждые 20 минут до максимальной – 30 мг. Соблюдать осторожность при применении с магнезия сульфатом, так как может произойти резкое падение АД
Нитропрессида натрия (редко, при отсутствии эффекта от предыдущих фактов)	0,25 мкг/кг/мин до максимальной дозы – 5 мкг/мин. При применении более четырех часов может наблюдаться отравление плода цианидом

Широко используемый в Казахстане при лечении криза магнезия сульфат не относится к антигипертензивным препаратам, является противосудорожным средством и, по мнению FDA, относится к категории А. Препарат не применяется для длительного лечения АГ в период гестации, а используется парентерально с целью профилактики судорожного синдрома при ПЭ или рецидивирующих судорогах при эклампсии, а также в комплексной терапии острой тяжелой АГ. В рандомизированных клинических исследованиях показано, что применение магнезия сульфата значительно снижает частоту развития эклампсии и материнской смертности при АГ в период беременности. Поскольку противосудорожное действие сульфата магнезия не доказано и приступы при эклампсии клинически и электроэнцефалографически нельзя отличить от распространенных тонико-клонических приступов, его применение при эклампсии было основано больше на вере, чем на научных доказательствах. Ввиду эмпирического успеха сульфата магнезия в акушерской практике имеется мало правильно контролируемых данных, дифференцирующее действие различных противосудорожных средств при эклампсии

Говоря о применении магнезия при беременности не следует смешивать две проблемы - применение магнезия как токолитика в виде сульфата магнезия, применение хлорида магнезия в растворах для внутривенных инфузий с целью купирования urgentных ситуаций и профилактическое применение магнезия (перорально) для нутриентной поддержки и оптимизации рационального питания. Дефицит магнезия у беременных провоцирует не только судороги икроножных мышц, но и аритмию; он меняет глюкозотолерантность тканей, повышает риск избыточной прибавки массы тела и гестационного диабета [15,16,21,23]. Одним из признанных направлений применения магнезия при беременности является ведение преждевременных родов. Существуют значительные различия в диффузии ионов магнезия через плодные оболочки при преждевременных и нормальных родах. Снижение содержания ионизированного магнезия приводит к повышению тонуса миометрия и лежит в основе преждевременных родов [15,18]. Токोलитическая активность магнезия объясняется конкурентным антагонизмом с кальцием и способностью блокировать медленные кальциевые каналы, что приводит к ослаблению сокращений матки.

Заключение

Представленные материалы по ведению беременных с различными гипертензивными состояниями основаны на рекомендациях ведущих зарубежных обществ по изучению АГ у беременных. Артериальная гипертензия является, бесспорно, актуальной проблемой у беременных, требующая ранней диагностики и своевременного лечения, а также последующего тщательного наблюдения. Своевременное начало адекватной терапии, являющейся по своей сути

профилактической, позволяет существенно улучшить прогноз исхода беременности для матери и для плода. Медикаментозное лечение следует проводить с осторожностью из-за возможного замедляющего влияния некоторых препаратов на рост и развитие плода. Однако риск тератогенного и эмбриотоксического действия лекарств не следует преувеличивать, так как отказ от их обоснованного применения может нанести вред здоровью не только матери, но и ее будущего ребенка.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Верткин А.Л., Ткачева О.Н., Мурашко Л.Е. и др. Артериальная гипертония беременных: диагностика, тактика ведения и подходы к лечению // *Лечащий врач*. – 2006. – № 3. – С. 25–8.
- 2 Манухин И.Б., Маркова Е.В., Маркова Л.И., Стрюк Р.И. Комбинированная низкодозовая антигипертензивная терапия у беременных с артериальной гипертонией и гестозом // *Кардиология*. – 2012. – № 1. – С.32–38.
- 3 Clivaz Mariotti L, Saudan P, Landau Cahana R., Pechere–Bertschi A. Hypertension in pregnancy // *Rev. Med. Suisse*. – 2007. – Vol. 3(124). – P. 2015–2016.
- 4 Mustafa R., Ahmed S., Gupta A., Venuto R.C. A comprehensive review of hypertension in pregnancy // *J. Pregnancy*. – 2012. – Vol. 5 (3). – P. 534–538.
- 5 Манухин И.Б., Маркова Е.В., Маркова Л.И., Стрюк Р.И. Комбинированная низкодозовая антигипертензивная терапия у беременных с артериальной гипертонией и гестозом // *Кардиология*. – 2012. – № 1. – С.32–38.
- 6 The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension and of the European Society of Cardiology. 2007 Guidelines for the management of arterial hypertension // *J Hypertens*. – 2007 – Vol. 25. – P. 1105–87.
- 7 Leeman M. Arterial hypertension in pregnancy // *Rev. Med. Brux*. – 2008. – Vol. 29 (4). – P. 340–345.
- 8 Guidelines Committee. 2003 European Society of Hypertension – European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension // *J Hypertension*. – 2003. – Vol. 21 (6). – P. 1011–53.
- 9 The Task Force on the Management of Cardiovascular Diseases During Pregnancy on the European Society of Cardiology. Expert consensus document on management of cardiovascular diseases during pregnancy // *Eur Heart J*. – 2003. – Vol. 24. – P. 761–81.
- 10 Gifford RW, August PA, Cunningham G et al. Report of the National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy // *Am J Obstet Gynecol*. – 2000 – Vol.183 (1). – P. 1–22.
- 11 The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure // *Hypertension*. – 2003. – Vol. 42. – P.1206–56.
- 12 Серов В.Н. Гестоз: современная лечебная тактика // *Фарматека*. – 2004 – Vol.1. – P. 67–71.
- 13 Abalos E., Duley L., Steyn D. W., Henderson-Smart D. J. Antihypertensive drug therapy for mild to moderate hypertension during pregnancy (Cochrane Review) // *In: The Cochrane Library, Issue 1, 2002*.
- 14 Лечебно-диагностическая тактика ведения беременных с артериальной гипертонией в России. М.: Рашин Продакшин, 2007.
- 15 Food and Drug Administration (USA) information on SafeFetus.com. — Режим доступа: <http://www.safefetus.com/index.htm>, 01.02.2010.
- 16 Mancia G., Backer G., Dominiczak A. et al. Mancia G. 2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension and of the European Society of Cardiology // *Journal of Hypertension*. – 2007. – 25. – 1105. – P. 1187.
- 17 Podymow T., August P. Update on the Use of Antihypertensive Drugs in Pregnancy // *Hypertension*. – 2008. – 51. – 960–969.
- 18 Barry C., Fielding R., Green P. et al. Hypertension in pregnancy: the management of hypertensive disorders during pregnancy / National Collaborating Centre for Women’s and Children Health // London: Royal of College Obstetrics and Gynecologists, 2010. – 296 p.
- 19 Свищенко Е.П., Безродная Л.В. Эссенциальная артериальная гипертензия // *Руководство по кардиологии / Под ред. В.Н. Коваленко*. — К.: Морион, 2008. — С. 444–480.
- 20 Oakley, Child A., lung B. et al. Oakley C. The Task Force on the Management of Cardiovascular Diseases During Pregnancy on the European Society of Cardiology. Expert consensus document on management of cardiovascular diseases during pregnancy // *Eur. Heart J*. – 2003. – Vol. 24. – P. 761–781.
- 21 Milne F., Redman C., Walker J. et al. Pre-eclampsia Community Guideline (PRECOG) // *BMJ*. — 2005. — Vol. 330, № 7491. — P. 576–580.
- 22 Von Dadelszen P, Menzies J, Gilgoff S et al. Evidence-based management for preeclampsia // *Front Biosci*. – 2007. – Vol.1 (12). – P. 2876–89.
- 23 Астахова А.В., Лепяхин В.К. Неблагоприятные побочные реакции и контроль безопасности лекарств. Руководство по фармаконадзору. - М.: Когито-Центр, 2004.

Г.Н. ШЫҒАЕВА, М.И. РАЕВА, Д.А. МАЛИКОВА, А.А. ҚАЛАУБЕКОВА
ЖҮКТИЛЕРДЕГІ АРТЕРИАЛДЫ ГИПЕРТЕНЗИЯ: КЛАССИФИКАЦИЯ ЖӘНЕ ДӘЛЕЛДІ МЕДИЦИНА
ТҰРҒЫСЫНАН ЕМІНІҢ ПРИНЦИПТЕРІ

Түйін: Жүкті Әйелдердегі артериялық гипертония (АГ) қазіргі медицинаның көкейкесті сұрақтарының арасында ерекше орын алады. Қазіргі таңда АГ медико-әлеуметтік біріккен бөліктеріне, яғни кемінде екі шұғыл, төтенше мәселеден: ағ бүкілдей және ұлттың репродуктивті денсаулығының мәселесі. Артериальды гипертонияның жүкті Әйелдердегі негізгі мәселесі : біртұтас терминологияның болмағандығы, АГ ның жіктелулері мен критерийлеріндегі қоланудағы өртүрлігі, науқастармен емжүргізу тактикасы. Біз дәлелді медицина негізінде жүкті Әйелдердегі АГ-ның жіктелуін және дәрілік терапияның ұстанымдарын, сонымен қоса гипертониялық криз кезіндегі шұғыл жәрдемді ұсындық.

Түйінді сөздер: жүктілік, артериальды гипертензия, дәрілік терапия

G.N. CHINGAYEVA, M.I. RAYEVA, D.A. MALIKOVA, A.A. KALAUBEKOVA
ARTERIAL HYPERTENSION OF PREGNANT WOMEN: CLASSIFICATION AND THERAPY FROM POSITION
OF EVIDENCE BASED MEDICINE

Resume: Arterial high blood pressure (arterial pressure, AP) of pregnant occupies the special place among the pressing questions of modern medicine. She is component part at least two extraordinarily sharply standing today medicine-social problems: AP on the whole and reproductive health of nation. Basic problem of AP for pregnant: absence of single terminology, uses different classification and criteria of AP, tactics of conduct of patients. We made an effort on the basis of evidential medicine present classification of AP for pregnant and principles of medicinal therapy.

Keywords: pregnancy, hypertension, drug therapy

УДК 616.1-036.11-07-08

Э.Ф. АЛЬМУХАМБЕТОВА, М.К. АЛЬМУХАМБЕТОВ, Г.Р. РОЗИЕВА, С.Л. АХМАДУЛИНА, М.А. АБДУКАРИМОВ,
С.А. ШАМИЛОВА, Г.А. АСИЛОВА, А.Т. ВИЛИЕВ, А.А. ЖАКЕБАЕВА

Кафедра СМП Каз НМУ им. С.Д.Асфендиярова

НЕОТЛОЖНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ КРИЗАХ

Парентеральное применение эналаприлата на догоспитальном этапе купирует гипертензивные кризы без осложнений.

Парентеральное применение эналаприлата в лечении гипертензивных кризов позволит уменьшить длительность пребывания на вызовах бригад скорой медицинской помощи.

Ключевые слова: гипертонический криз, скорая медицинская помощь

Скорая медицинская помощь – это та служба, к которой в первую очередь в подавляющей части случаев прибегают больные с гипертензивными кризами.

О потребности улучшения работы на догоспитальном этапе оказания помощи больным с гипертензивными кризами свидетельствует постоянный рост частоты обращений населения за скорой медицинской помощью и численности госпитализаций [1, 2].

В настоящее время в базовую группу препаратов, применяемых в купировании гипертензивных кризов, включены ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (АПФ) [3, 4].

Невзирая на широкую применяемость ингибиторов АПФ в терапии артериальной гипертензии и застойной сердечной недостаточности, работы, посвященные изучению действия этих препаратов на догоспитальном этапе весьма ограничены.

Целью исследования явилось исследование внутривенной формы препарата Энап в лечении неосложненных гипертензивных кризов на догоспитальном этапе.

Материалы и методы исследования

В целом, обследованы 43 пациента, из которых в основной группе 29 пациентов (8 мужчин и 21 женщина), в контрольную – 14 (3 мужчин и 11 женщин), в возрасте от 51 до 68 лет (возраст в среднем $58,9 \pm 9,2$ лет) с гипертоническим кризом 2 типа. В среднем продолжительность заболевания артериальной гипертензии составила $(17,5 \pm 4,2)$ лет. ИАПФ принимали постоянно 31 человек. Периодически принимались другие препараты. Остальные принимали препараты разных групп, и эпизодически ИАПФ.

Высота артериального давления в обеих группах была умеренной – систолическое (САД) 165-185 мм рт ст, диастолическое артериальное давление (ДАД) – 95-100 мм рт ст.

Для выполнения работы нами разработана карта, в ней

регистрировались все полученные показатели.

Неотложная терапия криза в основной группе содержалась в введении эналаприла в дозе 1,25 мг парентерально медленно в течении 5 минут, разведя на 20,0 мл 0,9% раствора натрия хлорида. У каждого больного проводился осмотр с обязательным фиксированием показателей артериального давления, частоты сердечных сокращений, снятием электрокардиограммы, клинического состояния. Артериальное давление и частота сердечных сокращений измерялись дважды через каждые 15 минут после применения препарата.

В группе сравнения пациентам проводилась гипотензивная терапия по стандартной схеме.

Результаты исследования и их обсуждение:

Всем больным основной группы при использовании эналаприлата в виде монотерапии удалось купировать криз. Отмечалось, что у больных, принимающих ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (АПФ), в том числе эналаприлат постоянно, артериальное давление снижалось «на игле», у не принимающих постоянно ингибиторы АПФ, артериальное давление снижалось в течение 10-20 минут. При этом систолическое и диастолическое артериальное давление снижались на 15-20% от исходного уровня, уменьшалась частота сердечных сокращений, осложнений не было, повторные вызова не отмечались.

Заключение

✓ Парентеральное применение эналаприлата в дозе 1,25 мг на догоспитальном этапе купирует гипертензивные кризы без осложнений

✓ Парентеральное применение эналаприлата в лечении гипертензивных кризов позволит уменьшить длительность пребывания на вызовах бригад скорой медицинской помощи.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Верткин А.Л., Полосьянец О.Б., Лукашов М.И. Лечение эналаприлатом гипертонического криза, осложненного нарушением мозгового кровообращения. Трудный пациент. - 2006. – 4. С. 44-49.
- 2 Недогода С.В., Чаляби Т.А., Брель У.А. и др. Возможности достижения целевого артериального давления у больных артериальной гипертензией с использованием фиксированной комбинации эналаприла малеата с гипотиазидом. Кардиоваск. тер. и проф. – 2008. - 7 (6). - С. 18–24.
- 3 Вёрткин А.Л., Шелягина Е.Н. Современные подходы к купированию гипертонического криза у сосудистых пациентов\\ Журнал «Неотложная терапия». – 2012.- №12. - С.38 -46.
- 4 Пономарева А.И., Компаниец О.Г., Аверин Е.Е. Новые возможности фармакотерапии артериальной гипертензии\\РМЖ.- 2012.- № 25. – С. 1264-1270.

**Э.Ф. ӘЛМҰҚАМБЕТОВА, М.К. ӘЛМҰҚАМБЕТОВ, Г.Р. РОЗИЕВА, С.Л. АХМАДУЛИНА, М.А. ӘБДІКӘРІМОВ,
С.А. ШАМИЛОВА, Г.А. АСИЛОВА, А.Т. ВИЛИЕВ, А.А. ЖӘКЕБАЕВА**
ГИПЕРТОНИЯЛЫҚ КРИЗ КЕЗІНДЕГІ ЖЕДЕЛ МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕК

Түйін: Госпитализацияға дейінгі этапта эналаприлатты парентеральді қолдану гипертониялық кризді асқынуларсыз басады. Гипертониялық криздің емі кезінде эналаприлатты парентеральді қолдану жедел медициналық көмек көрсету бригадаларын шақырту ұзақтығын төмендетеді

Түйін сөздер: гипертониялық криз, жедел медициналық көмек.

**E.F. ALMUHAMBETOVA, M.K. ALMUHAMBETOV, G.R. ROZIEV, S.L. AKHMADULINA, M.A. ABDUKARIMOV,
S.A. SHAMILOVA, G.A. ASILOVA, A.T. VILIEV, A.A.ZHAKHBAEVA**
EMERGENCY MEDICAL CARE HYPERTENSIVE

Resume: Parenteral enalaprilat prehospital suppresses hypertensive without complications. Parenteral administration of enalaprilat in the treatment of hypertensive crises will reduce time on call ambulance crews.

Keywords: hypertensive crisis, acute care

Э.Ф. АЛЬМУХАМБЕТОВА, М.К. АЛЬМУХАМБЕТОВ, Д.С. КЕНЖАЕВА, Е.С. ПОЛЯКОВА, М.Н. СЫЗДЫКОВА,
К.Н. УЗБЕКОВА, О.А. ОВЧИННИКОВА, А.С. САДВОКАСОВА

Каз НМУ им. С.Д.Асфендиярова

ЭКСТРЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПРИСТУПАХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Полученные данные свидетельствуют, что для купирования приступов удушья на этапе скорой медицинской помощи применение комбинированного бронхолитического препарата беродуал и способ его доставки являются наиболее эффективными и безопасными. Преимуществами небулайзерной терапии являются: отсутствие необходимости в координации дыхания с поступлением аэрозоля, возможность использования высоких доз, непрерывная подача лекарства с помощью компрессора, отсутствие газа фреона, который может усилить бронхиальную реактивность, быстрая доставка, портативность.

Ключевые слова: приступ бронхиальной астмы, скорая медицинская помощь

Ингаляционная терапия при заболеваниях органов дыхания наиболее обоснованна, в связи с тем, что медикаментозные средства напрямую транспортируются туда, где они и должны действовать - в респираторные пути. Во многом успешность ингаляционного лечения сопряжена не только с правильным выбором препаратов, но и с адекватным способом транспортировки медикаментов в респираторные пути [1, 2].

Наиболее долгая история применения имеется у небулайзеров (свыше 1 века). "Небулайзер" переводится с латыни как «туман, облако».

Небулайзеры используются для интенсивной и неотложной терапии: при обструктивных заболеваниях легких, инфекциях дыхательных путей, при измененной секреции в бронхах, при кашле, для диагностики реактивности дыхательных путей в пробах. Небулайзеры используются в амбулаторно-поликлинических, стационарных условиях, а также в домашней терапии при различных заболеваниях дыхательных путей [3].

Наиболее часто в практике врача скорой медицинской помощи приходится сталкиваться с приступами бронхиальной астмы, а также с астматическим статусом. Однако до настоящего времени применение небулайзеров на догоспитальном этапе остается ограниченным.

Целью проведенного исследования было оценить эффективность применения небулайзерной терапии при помощи комбинированного бронхолитического препарата беродуал для купирования приступов бронхиальной астмы на этапе скорой медицинской помощи.

Материалы и методы исследования

Критерием обострений бронхиальной астмы считали признаки, на которые указывает Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы, (GINA 2010): удушье, наличие выраженной экспираторной одышки, свистящих хрипов, ощущение сдавливания в грудной клетке и кашель, усиливающийся ночью и рано утром.

Результаты исследования

Эффективность лечения беродуалом через небулайзер оценивалась по результатам купирования приступов бронхиальной астмы, числу повторной обращаемости за скорой помощью, частоте госпитализации и показателями компьютерной спирометрии проводимой до и после лечения. По данным компьютерной

спирометрии наилучшие показатели функций внешнего дыхания были получены у больных через 15 минут после проведения небулайзерной терапии: ОФВ₁ увеличился на 11,5%, тогда как в группе сравнения больных результаты были несколько ниже. Через 30 минут практически все показатели спирометрии в двух группах достоверно увеличились ($p < 0,001$). В группе больных получавших беродуал через небулайзер: ОФВ₁ - на 17,1%, индекс Тиффно - на 13,9%, тогда как в группе сравнения: ОФВ₁ - 12,0%, индекс Тиффно - 10,8%. Изменения показателей спирометрии через 60 минут после купирования приступа были более значимыми у больных, получавших беродуал через небулайзер, чем в контрольной группе. В основной группе больных после применения небулайзерной терапии ОФВ₁ достоверно увеличился на 18,6%, индекс Тиффно на 13,3%, а в контрольной группе увеличение отмечалось только на 2,5%, ОФВ₁ на 13,0%, индекс Тиффно - на 10,1%. Проведенная терапия с беродуалом через небулайзер позволила купировать приступ удушья у 97 % больных в течении 15 минут, только 5,2% больным потребовалась дополнительная парентеральная терапия бронхолитиками и глюкокортикостероидами. Потребности в госпитализации в основной группе не было, побочные эффекты не наблюдались. Согласно данным некоторых авторов, терапия комбинированными препаратами позволяют значительно уменьшить дозу β_2 -агонистов, и таким образом снизить потенциал развития побочных реакций. У больных получавших традиционную терапию отмечалось в качестве побочных эффектов увеличение артериального давления у 10,6 %, тахикардия у 18,7 %, аритмии у 13,3 %. Среди них в госпитализации нуждались 4 (5,3%) больных. В основной группе при применении беродуала повторные вызова составили 4,2% от всех вызовов, а в контрольной группе она была в 1,9 раза больше (8,2%) ($p < 0,001$).

Полученные данные свидетельствуют, что для купирования приступов удушья на этапе скорой медицинской помощи применение комбинированного бронхолитического препарата беродуал и способ его доставки являются наиболее эффективными и безопасными. Преимуществами небулайзерной терапии являются: отсутствие необходимости в координации дыхания с поступлением аэрозоля, возможность использования высоких доз, непрерывная подача лекарства с помощью компрессора, отсутствие газа

фреона, который может усиливать бронхиальную реактивность, быстрая доставка, портативность.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Лещенко И.В., Улыбин И.Б., Бушуев А.В. Клиническая эффективность небулайзерной терапии в условиях оказания скорой медицинской помощи больным с обострением бронхиальной астмы.// Терапевтический архив. - 2000. - №8. - С.13-16.
- 2 Мирошниченко А.Г., Руксина В.В., Шайтор В.М. Скорая медицинская помощь. СПб.: 2007. - 319 с.
- 3 Колосова Н.Г., Геппе Н.А.Терапия небулайзерами в педиатрической практике///РМЖ.- 2011.- № 8.- С.514- 517.

**Э.Ф. ӘЛМҰҚАМБЕТОВА, М.К. ӘЛМҰҚАМБЕТОВ, Д.С. КЕНЖАЕВА, Е.С. ПОЛЯКОВА, М.Н. СЫЗДЫКОВА,
К.Н. ӨЗБЕКОВА, О.А. ОВЧИННИКОВ., А.С. СӘДУАҚАСОВА**
ГОСПИТАЛИЗАЦИЯҒА ДЕЙІНГІ ЭТАПТАҒЫ БРОНХ ДЕМІКПЕСІ ҰСТАМАСЫ КЕЗІНДЕГІ
ШҰҒЫЛ МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕК

Түйін: Алған мәліметтерге сүйенсек, жедел медициналық көмек кезінде тұншығу ұстамасын басу үшін комбинирленген бронхолитикалық препарат беруді қолданылады, және ол қол жетімді, өте тиімді және қауіпсіз.

Небулайзерлі терапияның артықшылықтары: жоғары дозаны қолдану мүмкіндігі, компрессордың көмегімен дәрінің үздіксіз түсіп отыруы, бронхтардың реактивтілігін күшейтетін фреон газының болмауы, жылдам жеткізілім.

Түйін сөздер: бронх демікпесінің ұстамасы, жедел медициналық көмек.

**E.F. ALMUHAMBETOVA, M.K. ALMUHAMBETOV, D.S. KENZHAIEVA, E.S. POLYAKOVA, M.N. SYZDYKOVA,
K.N. UZBEKOVA, O.A. OVCHINNIKOV, A.S. SADVOKASOVA**
EMERGENCY AID ATTACK OF ASTHMA IN THE PREHOSPITAL SETTING

Resume: The data indicate that for the relief of asthma attacks during emergency medical use of combination bronchodilator drug berodual and method of delivery are the most effective and safe. Advantage of inhalation therapy are: no need to coordinate the collection of breath spray, the use of high-dose, continuous supply of drugs with a compressor, no freon gas, which can increase bronchial reactivity, fast delivery, portability.

Keywords: bronchial asthma, acute care

УДК 616- 082:614.252.4 (075.8)

М.К. АЛЬМУХАМБЕТОВ, Э. Ф. АЛЬМУХАМБЕТОВА, А.С. ЕМЕЛИНА, Л.А. ОМАРОВА,
А.А. РАХМЕТОВА, А.Е. ТАУЖАНОВА, А.М. ТЕЛЕУБАЕВА

Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ КОМАТОЗНЫХ СОСТОЯНИЯХ В УСЛОВИЯХ ДОГОСПИТАЛЬНОГО ЭТАПА

Целью работы явилось изучение терапии коматозных состояний на догоспитальном этапе. Неотложная терапия при всех коматозных состояниях проводилась в адекватном объеме незамедлительно. При всех комах обязательно проводили срочную госпитализацию в реанимационное отделение, а при черепно-мозговой травме или субарахноидальном кровоизлиянии – в нейрохирургическое отделение.

Ключевые слова: коматозные состояния, скорая медицинская помощь

Весьма серьезной дилеммой на догоспитальном этапе остается проблема диагностирования и терапии нарушений сознания.

Согласно данных Российского Национального научно-практического общества скорой медицинской помощи (СМП), частота коматозных состояний составляет 5,8 на 1 тысячу вызовов, из них смертность составляет 4,4%. По частоте причин возникновения ком на первом месте стоит ОНМК, на втором – наркотическая кома, затем гипогликемическая кома, черепно-мозговые травмы, диабетические, алкогольные комы. При этом, до 12% случаев причины развития ком на этапе скорой медицинской помощи оставались невыясненными.

В задачи врача скорой помощи входит грамотная дифференциальная диагностика бессознательных состояний, оказание всего необходимого объема неотложной помощи, выбор тактику госпитализации больного в стационар.

Таким образом, от уровня подготовки врачей по оказанию скорой и неотложной медицинской помощи при нарушениях функции ЦНС зависит дальнейший прогноз заболевания.

Целью работы явилось изучение терапии коматозных состояний на догоспитальном этапе.

Результаты исследования показали, что наиболее частой причиной развития коматозного состояния являлся инсульт – 59%, на втором месте – передозировка наркотиков – 15%, далее гипогликемическая кома – 7%, черепно-мозговая травма – 3%, диабетическая кома – 3%, отравления медикаментами – 2%, алкогольная кома – 2%. Однако во многих случаях установить точную причину развития коматозного состояния на догоспитальном этапе не представлялось возможным, довольно часто причина комы оставалась невыясненной – 9%.

Тактика сотрудников бригад СМП при комах неясной этиологии включала:

1. Поддержание адекватного состояния жизненно важных функций - очистка верхних дыхательных путей, поддержание их свободной проходимости, проведение искусственной вентиляции легких ручным или

аппаратным способом, применение кислорода. При падении артериального давления проводилось внутривенное введение 1500–2000 мл физиологического раствора, 5% р-ра глюкозы с присоединением при неэффективности инфузионной терапии высокомолекулярных растворов (дофамин, норадреналин). В случаях ком на фоне артериальной гипертензии проводилась коррекция повышенного артериального давления.

2. Иммобилизация в шейном отделе позвоночника проводилась в любых случаях подозрений на травмы.

3. С дифференциально- диагностической и лечебной целью гипогликемических ком болюсом вводился 40% раствор глюкозы в количестве около 40,0 мл.

4. С целью профилактики острой энцефалопатии Вернике, являющейся результатом дефицита витамина В₁, болюсно вводились 100 мг тиамин (тиамина хлорид 5%-2 мл).

5. С лечебно-диагностической целью в качестве антидота вводился налоксон от 0,4–1,2 мг до 2 мг с возможно дополнительным введением через 20 мин при повторном ухудшении состояния. Показанием к применению препарата служили частота дыханий меньше 10 в 1 мин, наличие точечных зрачков, подозрение на интоксикацию наркотиками.

7. Симптоматическая терапия включала: мероприятия по снижению температуры тела (при переохлаждении – согревание больного и парентеральное введение подогретых растворов, при высокой температуре – ее снижение при помощи физических методов и медикаментов – анальгетиков-антипиретиков); купирование судорог – введение диазепама в дозе 10 мг внутривенно или внутримышечно. При всех комах обязательно проводилась регистрация ЭКГ.

Выводы: таким образом, неотложная терапия при всех коматозных состояниях проводилась в адекватном объеме незамедлительно. При всех комах обязательно проводили срочную госпитализацию в реанимационное отделение, а при черепно-мозговой травме или субарахноидальном кровоизлиянии – в нейрохирургическое отделение.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Брюханов В.М., Гребенников С.В., Козычева О.П. и др. Опыт исследования антидотной терапии при отравлении опиатами на догоспитальном этапе// Скорая медицинская помощь.- 2006.- Том 7. - №2.- С.62-63.
- 2 Гаврилова А.Е., Смирнов В.В. Гипогликемический синдром: причины, диагностика//Медицина неотложных состояний. - 2011. -№ 4(35).
- 3 В.Г. Москвичев И. В. Духанина А. Л. Верткин. Неотложная медицинская помощь при отравлениях психоактивными веществами на догоспитальном этапе//Лечащий врач. - 2004.- №5.

**М.К ӘЛМҰҚАМБЕТОВ., Э. Ф. ӘЛМҰҚАМБЕТОВА, А.С. ЕМЕЛИНА, Л.А. ОМАРОВА,
А.А. РАХМЕТОВА, А.Е. ТАУЖАНОВА, А.М. ТЕЛЕУБАЕВА**
КОМАТОЗДЫ КҮЙГЕ АУРУҚАНАҒА ДЕИІНГІ КЕЗЕҢ ЖАҒДАЙЫНДА ШҰҒЫЛ КӨМЕК КӨРСЕТУ

Түйін: Жұмыстың мақсаты комалы күйге ауруханаға деінгі кезең жағдайында көмек көрсету терапиясын зерттеу . Комалы күйдегілерге жәрдем адекватты көлемде шұғыл көмек көрсетілді. Барлық комаларда жедел госпитализация шартты түрде реанимация бөлімінде жүргізілді, ал басми жарақатында немесе субарахнойдальды канқуылыуда нейрохирургия бөлімінде жүргізілді.

Түйінді сөздер: коматоз күйлер, жедел медициналық комек.

**M.K. ALMUHAMBETOV, E.F. ALMUHAMBETOVA, A.S. EMELINA, L.A. OMAROVA,
A.A. RAKHMETOVA, A.E. TAUZHANOVA, A.M. TELEUBAEVA**
URGENT ASSISTANCE IN COMA PREHOSPITAL

Resume: The aim of the work was to study the treatment of comatose states in the prehospital setting. Emergency treatment for all comatose conducted in an adequate amount immediately. With all komah always urgent hospitalization in the intensive care unit, and in traumatic brain injury or subarachnoid hemorrhage - in the neurosurgery department.

Keywords: coma, acute care.

УДК 616.313-009.1-036. 1-08

С.Ж. АБДИКАРИМОВ, К.Ж. КЕМЕЛХАН, С.Ш. ЕСМАҒАНБЕТОВ,
Г.Х. ТАБЫЛДИЕВА, М.С. ЖИЕНБЕКОВА*КазНМУ, модуль терапевтическая стоматология***РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГЛОССАЛГИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ХАРАКТЕРА СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ
ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ**

Таким образом, анализ полученных показал, что у всех больных глоссалгией имелась фоновая патология. Наиболее частыми были заболевания желудочно-кишечного тракта (42,7%). Патология органов сердечно-сосудистой системы выявлена в 22,7%.

Ключевые слова: глоссалгия, фоновая патология, желудочно-кишечный тракт, сердечно-сосудистая система

Заболевание, характеризующееся жжением, болью, пощипыванием слизистой оболочки языка, сопровождающееся извращением вкусовой чувствительности, называли по-разному – глоссалгия, глоссодиния, стоматодиния, глоссопироз, парестезия полости рта, неврогенный глоссит, невроз языка, глоссалгический синдром [1]. Последнее определение, на наш взгляд, является наиболее соответствующим истине, так как наиболее полно характеризует данную патологию.

При рассмотрении вопроса о причинах возникновения глоссалгии многими авторами выделяется две основные категории: местные – нарушения в полости рта и общие – патология органов и систем.

Механизмы развития глоссалгии рассматриваются с различных точек зрения. Определенное внимание при этом уделяется вопросам нарушения иннервации слизистой оболочки полости рта и языка, в которой участвуют симпатические и парасимпатические волокна связанные с ветвями язычного, подъязычного, языкоглоточного и верхнего гортанного нерва. Ядра черепно-мозговых нервов, имеющие отношение к иннервации языка, связаны между собой и желатинозной субстанцией тройничного нерва посредством ретикулярной формации ствола мозга.

Местные причины в возникновении патологического состояния языка рассматриваются как факторы, провоцирующие начало заболевания [2]. При этом механизм развития глоссалгии рассматривается следующим образом: те или иные зоны языка, постоянно травмируясь, становятся источником импульсов, проходящих через вышеописанные образования в кору головного мозга. Затем в процесс вовлекается шейный симпатический узел, который сенсibiliзируется импульсами, постоянно идущими из области языка. Застойный очаг возбуждения в коре головного мозга, даже после устранения местных причин, сам продолжает поддерживать симптоматику заболевания [3].

Другой большой группой причин, от которых ставится зависимость возникновения неприятных, иногда болевых ощущений в языке являются заболевания органов и систем. Эту взаимосвязь подчеркивают многие

исследователи в связи с частым обнаружением глоссалгии при висцеральной патологии, в первую очередь, желудочно-кишечного тракта и других внутренних органов, входящих в пищеварительный тракт [4]. Среди них выделяются такие заболевания как гастрит, язвенная болезнь желудка, патология печени и желчевыводящих путей. В качестве основного этиологического фактора болезни рассматривается также глистная инвазия [5]. Подтверждением тому служат факты, показывающие, что полное обследование пациентов, предъявляющих жалобы на изменения со стороны языка, в 19% выявило именно эти заболевания [6].

Возникновение болевых ощущений в языке и окружающих тканях объясняется наличием нервных связей органов и тканей полости рта с органами брюшной полости. Согласно учению о висцеро-висцеральных рефlekсах и висцеро-кортикальных изменениях можно объяснить характер нервных связей между органами, как в норме, так и при патологии. В контексте решения вопроса о роли центральной нервной системы в процессах передачи ноцицептивной информации большое значение придается таламогипоталамической области и ретикулярной формации ствола мозга, куда поступают импульсы от органов и тканей. Очаги возбуждения и торможения, возникающие в них, ослабляют или усиливают рефлекторные реакции [7].

Глоссалгия в 12% обусловлена сосудистыми нарушениями [8]. Некоторые авторы видят причину болезни в начальной форме атеросклероза, другие считают первопричиной гипертоническую болезнь. Следует отметить, что при сосудистых заболеваниях, сопровождающихся дисфункцией церебральных сосудов, глоссалгия носит особенно мучительный характер [9]. Не исключается возможность заболевания языка в результате тромбоза мелких кровеносных сосудов.

Под наблюдением находились 98 больных с глоссалгией обоего пола в возрасте от 32 до 76 лет, которая сочеталась с сопутствующими заболеваниями внутренних органов и систем организма.

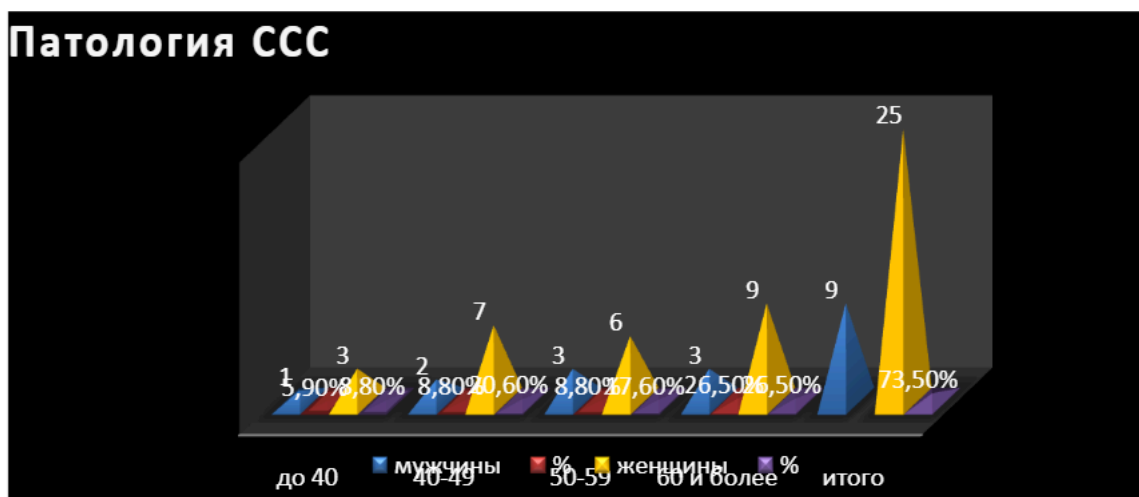


Рисунок 1 – Распределение обследованных больных по группам наблюдения, полу и возрасту и фоновой патологии.

Как видно из таблицы, во всех группах наблюдения глоссалгия чаще поражала лиц в возрасте 60 лет и старше, преимущественно женщин (84,7%), тогда как у мужчин это заболевание было диагностировано в 15,3 % наблюдений.

Анализ данных показал, что среди обследованных лица до 40 лет составили 11,3%, от 40 до 49 лет - 21,3%, от 50 до 59 лет – 31,3% и 36% составили больные в возрасте 60 и более лет.

Комплексное поликлиническое обследование больных глоссалгией позволило выявить сопутствующие соматические заболевания, которые в большинстве

случаев имели хроническое течение с мало выраженной симптоматикой, в связи с чем пациенты не придавали им должного значения. В таблице 2 приведены выявленные сопутствующие заболевания по системному принципу. Следует отметить, что в 22,0% наблюдений они были выявлены впервые. Не было таковых только в группе больных с эндокринной патологией.

Анализ полученных данных показал, что наиболее частыми были заболевания желудочно-кишечного тракта (42,7%). Патология органов сердечно-сосудистой системы выявлена в 22,7% случаев.

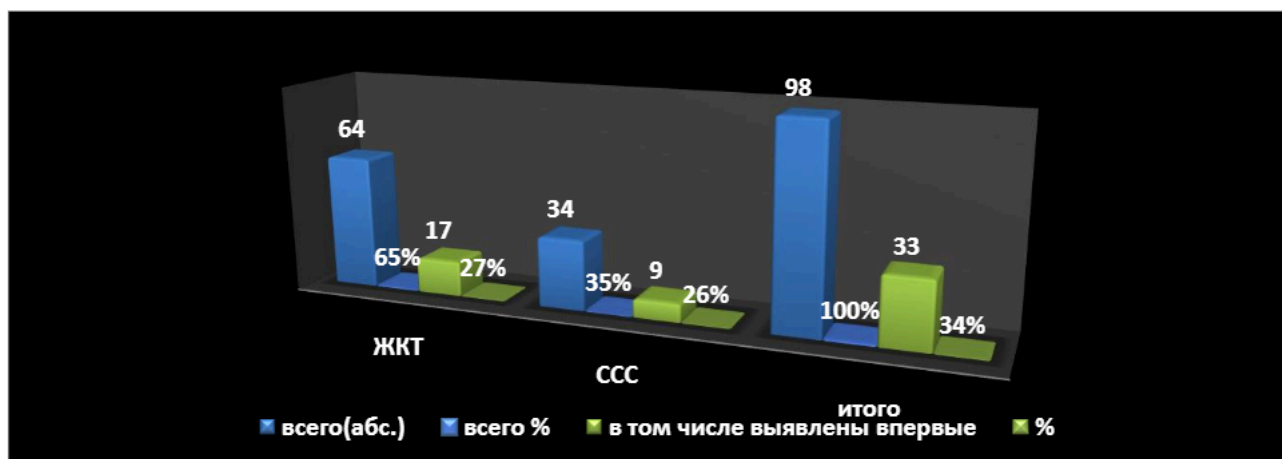


Рисунок 2 - Частота сопутствующей патологии у больных глоссалгии по системному принципу

Более глубокий анализ сопутствующей патологии показал ее разнообразие, особенно при заболеваниях

желудочно-кишечного тракта (таблица 1).

Таблица 1 – Частота заболеваний желудочно-кишечного тракта у больных глоссалгией

Нозологии	Выявлено	
	абс	%
Хронический гастрит (всего)	36	56,3
- гиперацидный	16	25,0
- гипоацидный	11	17,2
- нормацидный	9	14,1
Язвенная болезнь (всего)	9	14,1
- желудка	6	9,4
- двенадцатиперстной кишки	3	4,7
Гепатит	4	6,2
Ангиохолит	3	4,7
Холецистит	8	12,5
Желчнокаменная болезнь	4	6,2
ИТОГО	64	100

Как видно из таблицы, среди заболеваний желудочно-кишечного тракта наиболее часто были диагностированы разные формы хронического гастрита (56,3%). Болезни печени и желчевыводящих путей были выявлены у 19 пациентов с глоссалгией (29,6%), язвенная болезнь разной локализации в 14,1% наблюдений.

Спектр патологии сердечно-сосудистой системы был представлен гипертонической болезнью (16 человек; 47,0%), вегетососудистой дистонией по гипотензивному типу (9 пациентов; 26,5%). Церебральный атеросклероз был констатирован в 5 наблюдениях (14,7%), ишемическая болезнь сердца – у 4 больных (11,8%). Иными словами, глоссалгия наиболее часто сочеталась с повышением или снижением артериального давления.

Клинический симптомокомплекс глоссалгии в основном слагался из различного рода жалоб на чувство жжения, покалывания, саднения, онемения, пощипывания, иногда ломоты в языке, появление зуда и чувства ползания мурашек, сухость во рту. Некоторые больные испытывали чувство тяжести и неповоротливости языка, истинную боль разной интенсивности. У части больных отмечалось сочетанные парестезии.

Указанные симптомы в одних случаях были весьма выраженными, в других имели характер парестезий,

причем доминирующим было жжение в языке. Эти неприятные ощущения носили более или менее постоянный характер. Они возникали обычно вскоре после пробуждения. К концу дня самочувствие больных часто ухудшалось. В ряде случаев они не исчезали в течение всей ночи. Заслуживает внимания то, что почти все пациенты отмечали, что во время приема пищи неприятные ощущения в языке, как правило, исчезали. В отдельных случаях отмечались ремиссии и даже периоды, когда указанные симптомы вовсе не беспокоили больных. В таблице 2 приведены результаты анализа частоты доминирующих жалоб в зависимости от сопутствующего фонового заболевания.

Как видно из таблицы, наиболее часто больные жаловались на жжение языка (21,3%). В 14,7% наблюдений отмечено сочетание двух и более неприятных ощущений (сочетанные жалобы). С одинаковой частотой пациентов беспокоило чувство ползания мурашек и зуд в языке (12,7%, 19 человек). Довольно высокой оказалась доля пациентов, которые страдали от болей разной интенсивности в языке (21 больной, 14%), а 15 обследованных отмечали чувство онемения (10%).

Таблица 2 – Частота доминирующих жалоб у больных с глоссалгией в зависимости от фонового заболевания

Основные жалобы (язык)	Фоновая патология				Всего	
	ЖКТ		ССС			
	абс	%	абс	%	абс	%
Жжение	17	26,5	7	20,6	24	25
Покалывание	4	6,3	2	5,9	6	6
Саднение	2	3,1	3	8,8	5	5
Онемение	4	6,3	7	20,6	11	12
Пощипывание	6	9,4	-	-	6	6
Ползание мурашек	9	14,1	4	11,8	13	13
Зуд	8	12,5	5	14,7	13	13
Боль, ломота	2	3,1	1	2,9	3	3
Тяжесть, неповоротливость	1	1,5	-	-	1	1
Сочетанные	11	17,2	5	14,7	16	16
Осмотрено	64	100	34	100	98	100

Более детальный анализ характера жалоб больных в зависимости от фоновой патологии позволил выявить некоторые особенности. Так, в группе с фоновой патологией желудочно-кишечного тракта чаще всего больные жаловались на жжение (26,5%), чувство ползания мурашек (14,1%) и зуд в языке (12,5%). Чаще, чем в других группах больные отмечали пощипывание языка (9,4%). В этой же группе наиболее высоким был процент лиц с сочетанными жалобами (17,2%).

В группе пациентов, где фоновой патологией были заболевания сердечно-сосудистой системы, наиболее часто и с одинаковой частотой были жалобы на жжение и онемение языка (20,6%). Аналогичная ситуация отмечена и в частоте жалоб на зуд и множественных, сочетанных неприятных ощущений (14,7%). Довольно высоким был процент жалоб на чувство ползания мурашек (11,8%). Чаще, чем в других группах, больных беспокоило саднение в языке (8,8%). В то же время ни один пациент из этой группы не жаловался на пощипывание или покалывание в языке или неповоротливость и сопряженное с этим чувство тяжести языка.

Частыми симптомами глоссалгии были нарушения сна, повышенная нервная возбудимость, плаксивость, быстрая утомляемость. У всех обследованных обнаружены нарушения со стороны вегетативной нервной системы: сухость во рту при наличии вязкой, густой слюны, повышенная потливость, что наводит на мысль о доминировании симпатической или угнетении парасимпатической иннервации слюнных желез.

Одиноким больные существенно отличались от больных, живущих в семье или имеющих тесные контакты с окружающими. Специфика глоссалгии, при которой видимых органических изменений в полости рта нет, оказывала влияние на психику больных, в поведении которых появлялись настороженность, мнительность и канцерофобия.

Из анамнеза установлено, что 14,1% больных (21) связывают впервые появление подобных ощущений с травмой языка (результат зубного протезирования, повреждения острыми краями зубов и протезами, прикусывания языка, травма рыбьей косточкой и пр.). Несколько чаще больные отмечали связь заболевания со стрессовыми ситуациями на работе и в семье - 37% больных (24,6%). В ряде случаев (43 человека; 27,3%) выявлялась синхронность появлений парестезий в языке с обострением заболеваний органов пищеварения. Около трети больных не смогли отметить возможную причину начала глоссалгии.

Локализация испытываемых больными неприятных ощущений была разной. У части из них жжение,

саднение языка, чувство покалывания, боль распространялись диффузно по всей поверхности или половине языка. Для другой группы пациентов были характерны неприятные ощущения у корня языка, его краев – в зоне листовидных сосочков. При такой локализации ведущим ощущением была боль, а также чувство тяжести и неповоротливости языка. Продолжительность выраженных симптомов, со слов больных, могла достигать до нескольких месяцев. Нередко парестезии не ограничивались языком, а распространялись на другие участки слизистой полости рта и кожи губ.

Разнообразная симптоматика глоссалгии находилась в некотором противоречии с состоянием слизистой оболочки языка и зон распространения парестезий и болей на другие участки полости рта. Изменения поверхности языка были неспецифичны, у одних пациентов они были выражены ярко, у других – скудно. В целом они констатированы у 128 больных (85,3%).

У пациентов с патологией желудочно-кишечного тракта и печени изменения слизистой оболочки языка были более выражены. Часто наблюдались отечность языка и налет на его дорзальной поверхности, диффузная или очаговая десквамация эпителия. При этом скопление налета наиболее часто наблюдалось при гиперацидном гастрите- (68,8%), тогда как для глоссалгии на фоне гипоацидного воспаления слизистой желудка была характерна атрофия нитевидных сосочков языка-(63,6%). При нормоацидных гастритах на спинке языка выявлялись как участки усиленной десквамации эпителия нитевидных сосочков с выраженной их атрофией, так и зоны, покрытые обильным беловато-серым налетом. Локализация очагов с атрофией эпителия и покрытых налетом была стабильной и отличалась только степенью выраженности этих симптомов. Для язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки наиболее типичными изменениями были выраженная отечность языка и слизистой оболочки щек по линии смыкания с ярко выраженными отпечатками зубов на этих участках. У 62,5% больных холециститом и 50% с желчнокаменной болезнью обильный налет на спинке языка желтоватого цвета сочетался с иктеричностью слизистой твердого и мягкого неба.

Глоссалгия, развившаяся на фоне патологии сердечно-сосудистой патологии проявлялась мешковидными расширениями подъязычных вен, синюшностью, пастозностью слизистой полости рта. Особенно ярко застойные изменения наблюдались у пациентов с гипертонической болезнью.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Яворская Е.С. Клиника, диагностика, патогенез и лечение больных глоссодинией. // Журнал ушных, носовых и горловых болезней. - 1988. - №4. – С. 14-18.
- 2 Ардабацкая Г.А. Этиология, патогенез, клиника и лечение глоссалгии у больных с патологией желудочно-кишечного тракта// Теория и практика стоматологии. - М.: 1980. – С. 3-5.
- 3 Яворская Е.С. Клиника, патогенез и лечение глоссодинии как висцеро-рефлекторного бульбарного синдрома: автореф. докт. мед. Наук. - 14.771. – Киев: 1972. – 42 с.
- 4 Благовещенская Н.С., Мухамеджанов Н.З. // Патогенез синдрома жжения языка и глотки. - Вестн. оториноларингол. – 1980. - №1. – С. 27-31.
- 5 Дычко Е.Н., Митровская В.Н. Нейрогенные аспекты патогенеза глоссалгии. // Стоматология. – 1990. - №6. – С. 38-39.
- 6 Калюжный Л.В., Голанов Е.В. Центральные механизмы контроля болевой чувствительности. // Успехи физиологических наук. – 1980. –Т. 11, № 3. – С. 85 – 115.
- 7 Азов С.Х., Гречко В.Е. Лекарственный электрофорез при основных заболеваниях нервной системы // Учеб-метод. пособ. для студентов-субординаторов и врачей-интернов мед вузов. – Ставрополь: 1987. – 48 с.
- 8 Борисова Э.Г. Диагностика и лечение глоссалгии в условиях специализированного нейростоматологического кабинета: автореф. канд. мед. наук: 14.00.21. – М.: 1993. – 20с .
- 9 Казарина Л.Н., Безруков В.М. Роль стресса в возникновении глоссалгии и обоснование лечения. // Стоматология. – 2001. - №3. – С. 17-19.

Түйін Алынған анализді талдау барысында глоссалгиямен ауырған барлық науқастардың ішкі ағзаларында ілеспелі ауру бар екені анықталды. Соның ішінде ең көп кездескені асқазан-ішек жол аурулары (42,7%) болса, ал жүрек қан тамыр аурулары 22,7% кездесті.

Түйінді сөздер глоссалгия, ілеспелі патология, асқазан-ішек жолдары, жүрек-қантамыр жүйесі.

Resume Thus, the analysis of got showed that for all patients a glossodynia was base-line pathology. Most frequent were diseases of gastrointestinal tract(42,7%). Pathology of organs of the cardiovascular system is educed in 22,7%.

Keywords glossodynia, base-line pathology, gastrointestinal tract, cardiovascular system.

УДК616.311-076.5:612.662

Р.С. ИБРАГИМОВА, А.М. БОКАЕВА, Д.Е. ФЕДОРОВ, Н.Ф. УСОВА, В.М.ЯКУЩЕНКО, Т.С. СЛЕПОКУРОВА

Модуль хирургической стоматологии КазНМУ

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ, ПОДРОСТКОВ И ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Проведено изучение распространенности отдельных признаков или симптомов функциональных нарушений височно-нижнечелюстного сустава у здоровых 454 детей, подростков и лиц молодого возраста. Указанные симптомы выявлены у 51,1% обследованных лиц, пик их распространенности приходился на 22-25 лет. В самых различных сочетаниях выявлены нарушение открывания рта, суставные шумы, боль при пальпации жевательных мышц, смещение средней межрезцовой линии. В анамнезе у этих лиц отмечены стресс, незаконченное или неадекватное ортодонтическое лечение.

Критический обзор публикаций об эпидемиологии функциональных нарушений височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) обнаружил большой разброс показателей их распространенности среди населения. Ряд авторов утверждают, что различные признаки дисфункции имеются у 14-40% населения [1, 2], другие авторы считают, что у 19-63% населения и среди них значительную часть (35-40%) составляют лица юношеского возраста [3, 4]. Среди детей и подростков дисфункция ВНЧС наблюдалась у 14-20% [5]. Некоторые авторы не отмечают существенных различий в распределении этой патологии по полу [6,7]. Однако большинство исследователей утверждают, что данное заболевание наблюдается преимущественно у женщин и

составляет 70-80% от числа всех наблюдений [8, 9, 10, 11,12].

Целью настоящего исследования явилось изучение распространенности отдельных признаков или симптомов функциональных нарушений височно-нижнечелюстного сустава у детей, подростков и лиц молодого возраста.

С этой целью нами были исследованы 454 человека, из них 240 женского и 214 – мужского полов (табл.1, рис.1). Все респонденты были распределены по группам: дети дошкольного возраста до 6 лет – 22 (4,85%), дети школьного возраста: 7-12 лет – 105 (23,13%), подростки 13-18 лет - 113(24,89%), молодые люди 19-21 лет – 93 (20,48%), 22-25 - 121 (26,65%).

Таблица 1 - Распределение респондентов по возрасту и полу

Возраст в годах	Пол				Всего:	
	женщин		мужчин			
	абс. число	%%	абс. число	%%	абс. число	%%
До 6 лет	8	1,76	14	3,08	22	4,85
7-12	45	9,91	60	13,22	105	23,13
13-18	69	15,20	44	9,69	113	24,89
19-21	57	12,55	36	7,93	93	20,48
22-25	61	13,44	60	13,22	121	26,65
ИТОГО	240	52,86	214	47,14	454	100

Различные признаки или симптомы функциональных нарушений височно-нижнечелюстного сустава были выявлены у 232 обследованных лиц, что составило 51,1% и частота их возрастала с возрастом: до 6 лет они были обнаружены у 1,25%, в 7-12 лет – у 8,71%, в 13-18 лет – 22,40%, в 19-21 год – у 24,04%, в 22-25 лет – у 41,49%, т.е.

пик распространенности функциональных нарушений височно-нижнечелюстного сустава приходился на 22-25 лет. Симптомы дисфункции ВНЧС существенно чаще наблюдались у лиц женского пола – 76 (61,78±7,8%), чем мужского – 47 (38,21±%), t=6733.

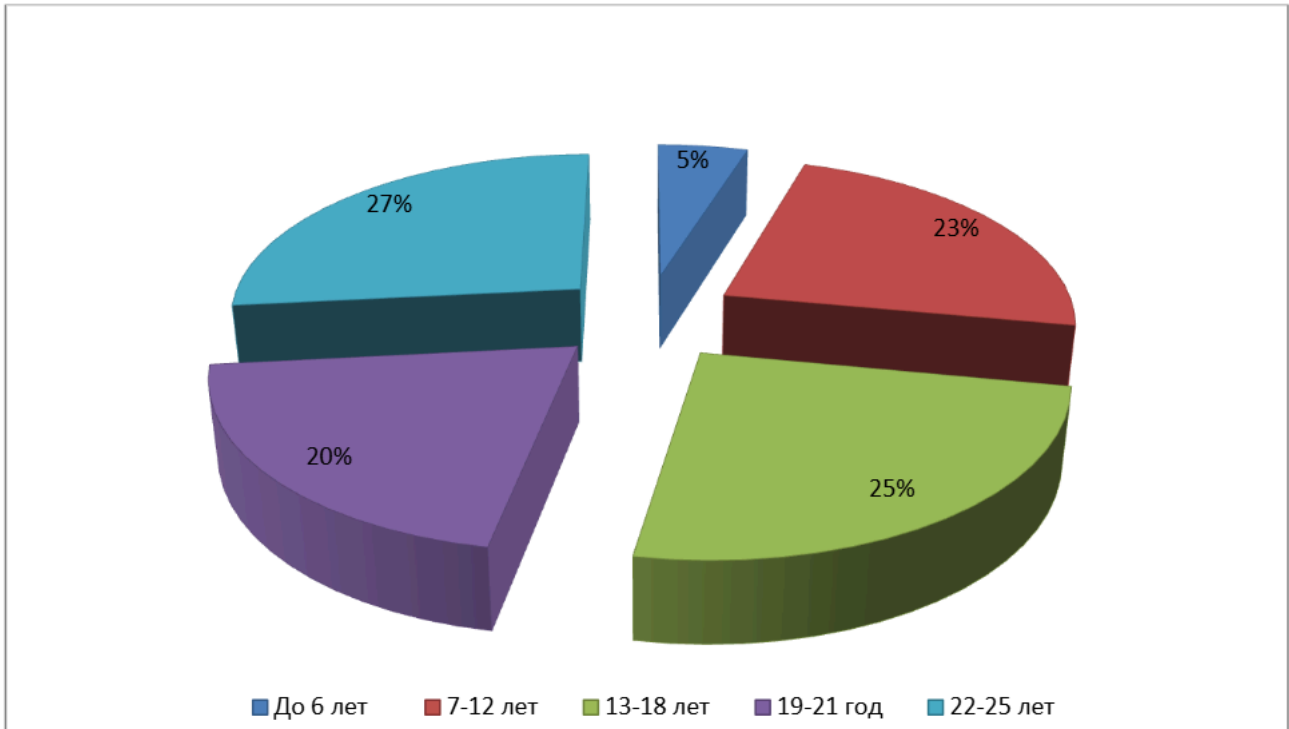


Рисунок 1 - Распределение респондентов по возрасту.

Частота отдельных выявленных признаков функциональных нарушений ВНЧС была неоднозначна. Наиболее часто наблюдались нарушение открывания рта (S- и Z-образное, ступенчатое открывание рта) - у 187 обследованных (41,18%), причем у лиц женского пола оно встречалось чаще, чем у мальчиков и юношей (115 и 72 соответственно). При этом количество их с возрастом существенно возрастало.

Среди детей до 6 лет этот симптом обнаружен в 2 случаях (1,07%), в возрасте 7-12 лет - у 13 (6,95%), в 13-18 лет - у 51 (27,27%), в 19-21 год - у 46 (24,60%), в 22-25 лет - у 75 (40,11%) обследованных.

Боль при пальпации жевательных мышц (собственно жевательной, височной, наружной и внутренней крыловидных мышц) наблюдалась у 182 (40,09%) обследованных и также чаще у лиц женского пола - 110

(60,43%), чем мужского - 72 (39,56%). Частота их также увеличивалась с возрастом. В группе до 6 лет боль при пальпации жевательных мышц наблюдалась у 3 детей (1,65%), в возрастах 7-12 лет - у 12 (6,59%), 13-18 лет - у 42 (23,08%), 19-21 год - у 50 (27,47%), 22-25 лет - у 75 (41,21%) обследованных.

Следующим по частоте оказались суставные шумы, щелканье в суставе (на что реципиенты, как правило, не обращали внимания). Они выявлены у 123 (27,07%) лиц, и при этом существенно чаще у лиц женского пола 76 (61,78%), чем мужского - 47 (38,21%). По возрасту они распределились следующим образом. У детей до 6 лет они не обнаружены, в 7-12 лет они выявлены у 4,06%, в 13-18 лет - у 20,32%, в 19-21 год - у 26,82%, в 22-25 лет - у 48,78%.

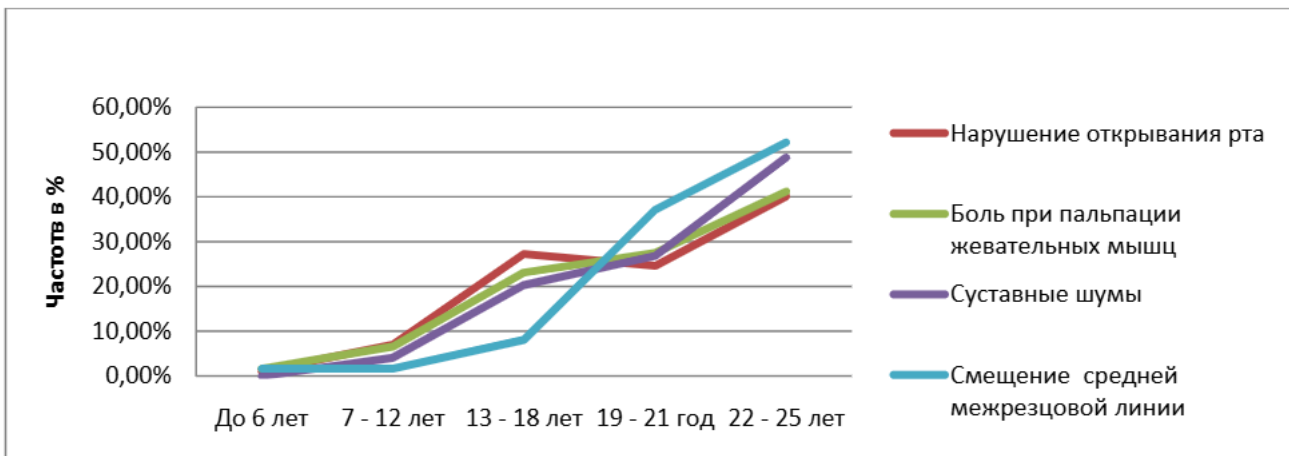


Рисунок 2 - Частота встречаемости симптомов функциональных нарушений ВНЧС в возрастном аспекте.

Смещение средней межрезцовой линии отмечалось только у 62(13,66%) обследованных, причем в первых двух возрастных группах обнаружено по 1 случаю (по 1,61%), в возрасте 13-18 лет –5(8,06%) случаев, а у молодых людей уже чаще: в 19-21 лет выявлено

23(37,09%), в 22-25 лет –32 (52,13%) случая смещения средней межрезцовой линии.

У обследованных больных встречались, как правило, по несколько признаков в самых различных сочетаниях (табл. 2, рис.3).

Таблица 2 - Частота сочетания симптомов функциональных нарушений височно-нижнечелюстного сустава у обследованных лиц

Признаки и симптомы функциональных нарушений ВНЧС	Возрастные группы				Всего	
	до 18 лет		19-25 лет			
	Абс.	%%	Абс	%%	Абс.	%%
По одному признаку (суставные шумы или девиация)	19	24,68	18	12,26	37	15,95
По 2 признака (суставные шумы и девиация)	8	10,39	28	18,06	36	15,58
По 3 признака (суставные шумы, девиация, боль в 1-2 мышцах и/или смещение средней межрезцовой линии)	28	36,36	64	41,29	92	39,65
По 4 и более признаков (суставные шумы, девиация, боль в 3-4 мышцах и/или смещение средней межрезцовой линии)	22	28,57	45	29,03	67	28,88
Всего признаков и симптомов	77	100	155	100	232	100

Как видно из таблицы, по одному из наиболее характерных признаков функциональных нарушений (суставные шумы и девиация) существенно чаще наблюдалось у детей и подростков, чем у юношей и девушек (24,68% и 12,26% соответственно), а когда наблюдались сразу оба эти признака наоборот (10,39% и

12,26%). У большинства обследованных встречалось сочетание 3-х или 4-х и более признаков и их было больше в старших возрастных группах. Существенной разницы в их количестве не было: по 3 признака у лиц до 18 лет выявлено 36,36%, в 19-25 лет - 39,65%, а по 4 и более признаков – соответственно 28,57% и 28,88%.

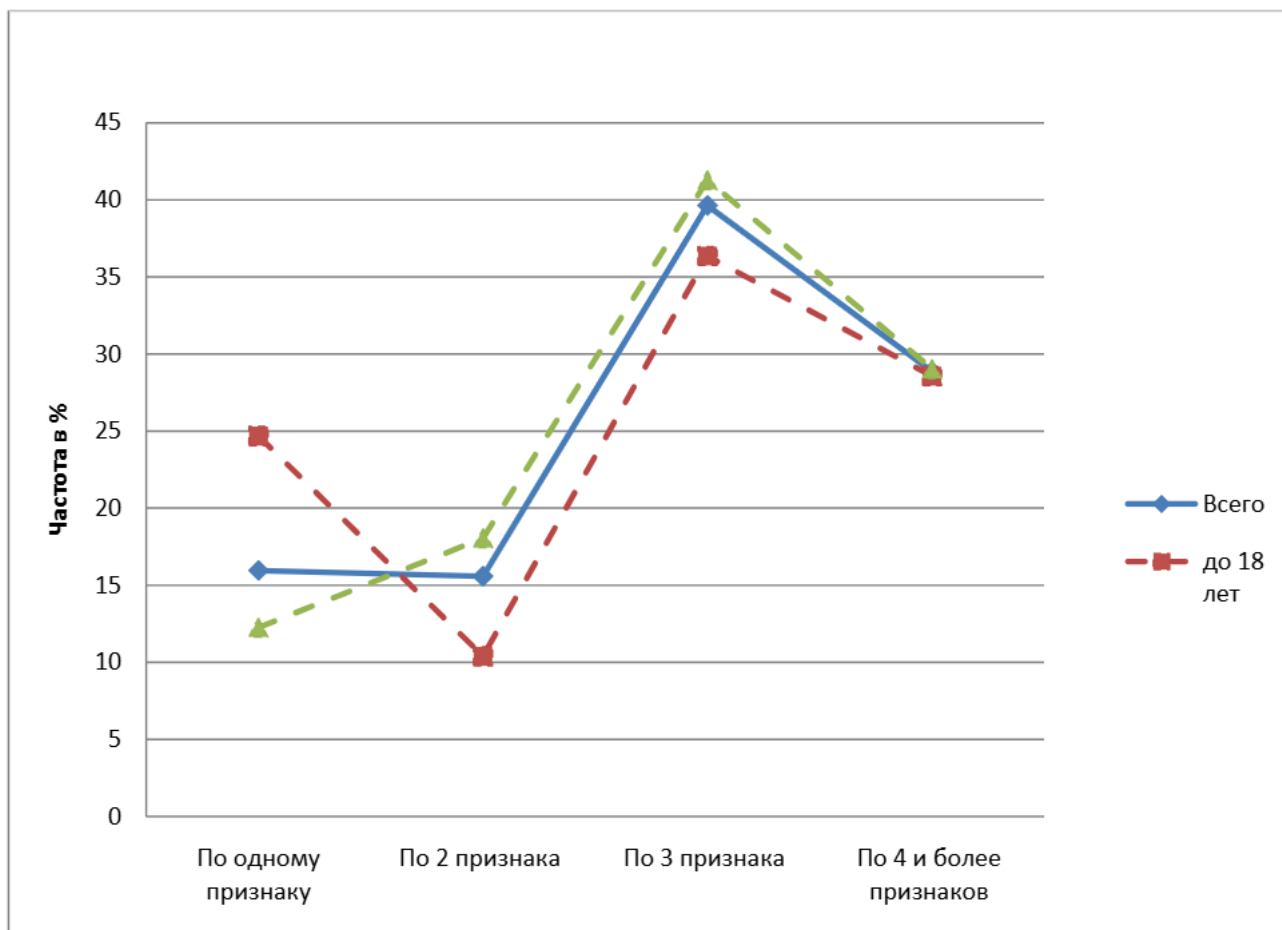


Рисунок 3 - Частота сочетания симптомов функциональных нарушений ВНЧС у обследованных.

Мы попытались выявить у обследованных частоту потенциальных этиологических факторов возникновения функциональных нарушений ВНЧС. Стресс в анамнезе был выявлен у 108 (46, 55%) подростков и молодых людей из 232 лиц с признаками функциональных нарушений ВНЧС, и только у 70 (31,53%) лиц аналогичных возрастных групп из 222 обследованных без дисфункции ВНЧС. При этом у всех 108 указанных выше обследованных стресс в анамнезе сочетался с болью при пальпации жевательных мышц.

У 46 (18,10%) респондентов с симптомами дисфункции ВНЧС в анамнезе было ортодонтическое лечение (в 28 случаях использовалась брекет система), при этом у 24 из них оно было не закончено или не достигло эффекта.

32,8% молодых людей в возрасте от 19 до 25 лет с дисфункции ВНЧС её начало связывали с длительным лечением зубов в одно посещение.

У 6 молодых людей в возрастной группе 19-25 лет выявлен бруксизм и у всех на фоне дисфункции ВНЧС. В других возрастных группах бруксизм не встречался.

Зубочелюстные аномалии наблюдались у 112 (48,28%) обследованных, имеющих те или иные признаки функциональных нарушений ВНЧС, и только у 71 лиц (32%) без признаков дисфункции ВНЧС. Чаще всего встречались глубокий прикус – 39 (21,3%), скученность зубов – 26 (14,2%), перекрестный прикус – 12 (6,56%), прогения – 8 (4,37%) случаев.

Обсуждение.

Анализ результатов проведенных исследований

показал, что 51,1% детей, подростков и лиц молодого возраста имеют различные симптомы дисфункции ВНЧС, и частота их существенно выше у лиц женского пола – 76 (61,78%), чем мужского – 47 (38,21%), что согласуется с данными авторов, утверждающих, что до 50% населения имеют различные преходящие симптомы дисфункции, но сознательно их не замечают и по их поводу не обращаются к врачу [13]. Пик распространенности функциональных нарушений височно-нижнечелюстного сустава приходился на 22-25 лет. Встречаемость их существенно выше у лиц женского пола – 76 (61,78%), чем мужского – 47 (38,21%), что подтверждает данные ряда исследователей [8-11].

Частота этих симптомов у детей и подростков составила 32,36%, что несколько выше, чем по данным исследователей, наблюдавших дисфункцию ВНЧС у 14-20% детей и подростков [5].

Наиболее часто (41,18%) наблюдались девиация при открывании рта (на что реципиенты не обращали внимания), боль и дискомфорт при пальпации жевательных мышц (40,09%). Суставные шумы (как правило, щелчки) выявлены у 27,07% обследованных, но эта цифра занижена за счет того, что у детей до 6 лет их не было совсем, а в 7-12 лет они были обнаружены только 5 (4,06%), т.е. для детей суставные шумы не характерны, зато высокий процент их встречаемости оказался у 20,32% подростков, и у 75,6% девушек и юношей с признаками дисфункции.

Известные потенциальные этиологические факторы возникновения функциональных нарушений ВНЧС в виде стресса в анамнезе были выявлены у 46,55% подростков и молодых людей, незаконченное или неадекватное ортодонтическое лечение – у 18,10%, длительное лечение зубов в одно посещение в анамнезе, у 32,8%

молодых людей с симптомами дисфункции ВНЧС, что соответствует данным литературы.

Надеемся, что изложенное выше облегчит практическим врачам стоматологам раннюю диагностику функциональных нарушений ВНЧС и окажет определенную помощь в проведении их профилактики во время стоматологического приема.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Weinman A., Agerberg G. Mandibular disfunction in adolescents //Acta Odontol. Scand. – 1986. – Vol. 44. № 1. – P. 55-62.
- 2 Thompson J., Christiansen E., Hasso A., Hihshaw D. Dislocation of the temporomandibular joint meniscus (arthrography, computer tomography) //Amer. J. Roentgenol. – 1985. – Vol 44. № 1. – P. 171-174.
- 3 Magnusson T., Egemark-Eriksson J., Carlsson G. //J. Craniomandib. Pract. – 1986. – Vol. 4, № 4. – P. 338-402.
- 4 Катышев А.В. Клинико-физиологические и эпидемиологические аспекты патологии височно-нижнечелюстного сустава у жителей Европейского Севера: Дис. ... канд. мед. наук. Архангельск. – 2000 – 182 с.
- 5 Рабухина Н.А., Семкин В.А., Аржанцев Н.П., Лобзин О.В. Современные подходы к диагностике и лечению дисфункции ВНЧС // Стоматология. – 1994. – № 4. – С. 26-28.
- 6 Чабан А.В., Пономарева И.Г., Тармаева С.В. Распространенность заболеваний височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) у взрослых и детей с патологией прикуса. //Сборник трудов Всероссийской научно-практической конференции «Образование, наука и практика в стоматологии». – М.: 2004. – С. 283-284.
- 7 Eversol L.R., Machado L. Temporomandibular joint internal derangements and associated neuromuscular disorders // J. Am. Dent. Assoc. – 1985. Vol. 110, №1. – P. 69-79.
- 8 Лосев Ф.Ф., Турбина Л.Г., Надточий А.Г., Турбин А.В., Штанг О.М. К вопросу о дифференциальной диагностике соматогенных прозопагий // Российский стоматологический журнал. – 2004. - № 3. – С. 44-46.
- 9 Molin C. From bite to mind: TMD a personal and literature review //Int. J. Prosthodont. – 1999. – Vol. 12, № 3. – P. 279-288.
- 10 Gavish A., Halachmi M., Winocur E., Gazit E. Oral habits and their association with signs and symptoms of temporomandibular disorders in adolescent girls // J. Oral. Rehabil. – 2000. – Vol. 27, № 1. – P. 22-32.
- 11 Raphael K.G., Marbach J.J. Comorbid fibromyalgia accounts for reduced fecundity in women with myofascial face pain // Clin. J. Pain. – 2000. – Vol. 16, № 1. – P. 29-36.
- 12 Писаревский Ю.Л., Семенюк В.М., Хышиткуев Б.С., Белокриницкая Т.Е. Синдром болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава у женщин (клиника, диагностика, лечение). – Москва: Медицинская книга. - Н.Новгород: Издательство НГМА. - 2003. – 105 с.
- 13 Greene Ch. S., Marmach J.J. Epidemiologic studies of mandibular dysfunction. A critical review. // J. Prosthet. Dent. – 1982. – V. 48, № 2. – P. 184-190.

Р.С. ИБРАГИМОВА, А.М. БОКАЕВА, Д.Е. ФЕДОРОВ, Н.Ф. УСОВА, В.М.ЯКУЩЕНКО, Т.С. СЛЕПОКУРОВА
БАЛАЛАРДА, ЖАСӨСПІРІДЕРДЕ ЖӘНЕ ЖАС АДАМДАРДА САМАЙ ТӨМЕНГІ ЖАҚСҮЙЕГІ БУЫНЫНЫҢ
ФУНКЦИОНАЛЬДІ БҰЗЫЛЫСТАРЫНЫҢ ТАРАЛУЫ

Түйін: Дені сау 454 балаларды, жасөспірімдерде және жас адамдарда самай төменгі жақсүйегі буынының функциональді бузылыстарының симптомдары немесе жеке көріністерінің таралуына зерттеулер жүргізілді. Аталған симптомдар тексерілгендердің 51,1% да көрініс алды, олардың таралу шыңы 22-25 жастар аралығында. Ауызының ашылуының бұзылуы, буын шуылы, шайнау бұлшықеттерін сипап тексергендегі ауыру сезімі, күрек тістері аралығындағы орталық сызықтың ығысуы сияқты бұзылыстар, әртүрлі байланыста орын алады. Аталған адамдардың анамнезінде күйзеліс немесе дерекі ортодонтиялық ем анықталды.

R.S. IBRAGIMOVA, A. M. BAKAEVA, D.E. FEDOROV, N.F. USOVA, V.M.YAKUCHSHENKO,
T.S. SLEPOKUROVA

PREVALENCE OF FUNCTIONAL DISORDERS OF TEMPOROMANDIBULAR JOINT AMONG CHILDREN,
TEENAGERS AND YOUNG PEOPLE

Resume: The prevalence of separate signs or symptoms of Temporomandibular joint functional disorders of 545 children, teenagers and young people has been researched. Mentioned symptoms revealed in 51.1% of examined patients. Maximal peak of their prevalence was in range 22-25 years. In very different combinations mouth open disorders, joint noises, pain during palpation of masticatory muscles, mesial interincisal line shifts were revealed. All these patients had stress, incomplete and inadequate orthodontic treatment in medical history .

УДК 616.314-089.23(035)

ДОЦЕНТ, М.Ғ.К. Р.И. ҚҰЛМАНБЕТОВ, Д. БУБЕЕВА, Е. ДАДАЕВА, Ю. ТЕГАЙ, М. КИРЕЕВ
ҚазҰМУ балалар жасындағы стоматология пропедевтикасы және ортодонтия модулі

ОРТОДОНТИЯДАҒЫ РЕТЕЙНЕРЛЕРДІҢ АЛАТЫН ОРНЫ

Бұл мақалада балалар мен жасөспірімдердің тіс-жақсүйек жүйесіндегі аномалиялары мен деформацияларын ортодонтиялық аппараттармен емдеу сөз болады. Рецидивтердің алдын алудағы ретейнерлердің маңызы баяндалған.
Түйінді сөздер: рецидив, ретейнер, каппа, алдын алу.

Дәрігер-ортодонт немен шұғылданады? Қандай стоматологиялық сырқаттарды емдейді? Осындай сұраққа жауап беру үшін алдымен «ортодонтия» терминінің сырына үнілейік. «Ортодонтия» термині гректің orthos – тік, odontos – тіс деген ұғымынан тараған. Басында ортодонтия өзінің тікелей ұғымына қарай жеке қисық тұрған тістердің орналасуын түзетумен шұғылданса, кейінгі кезеңдерде оның өрісі кеңейтілуде. Бүгінгі таңда дәрігер-ортодонт балалар мен ересек адамдарда кездесетін тіс-жақсүйек аппараттарындағы аномалиялар және деформацияларды емдеумен, тіс пен тіс қатарындағы ақауларға протез салумен айналысады. Ортодонттар зерттейтін «аномалия» деген термин қалыпты жағдайдан ауытқу дегенді білдірсе, «деформация» заттың пішіні мен көлемінің өзгеруін анықтайды. Ал «ретейнер» түзетілген тістерге тіреуіш болып, әбден қалыптасқанша оларды ұстап тұратын аппарат.

Соңғы жылдары балалар мен жасөспірімдер арасында кездесетін тіс-жақсүйектердің аномалиялары мен деформациялары жиі кездесуде. Кейбір ғалымдардың деректері бойынша ондай өзгерістер ел арасында 25-35% жетеді екен. Тіс-жақсүйек аномалияларының таралуы 24,5% өскен. Оған көптеген факторлар әсер етеді. Соның ішінде, әсіресе тұқымқуалаушылық, зат тек алмасуының бұзылуы, зиянды әдеттер ерекше орын алады.

Тіс-жақсүйек жүйесіндегі аномалиялар мен деформациялардың алдын алу емшек жасындағы сәбилерді күтіп бағудан басталады.

Тіс-жақсүйек жүйесі бала ағзасының өмір сүруге аса қажетті ему, жұту, тыныс алу, шайнау және сөйлеу сияқты қызметтеріне белсенді түрде қатысады.

Жоғарыда аталған физиологиялық қызметтердің бәрі бұзылса, тіс-жақсүйек аномалиялары мен деформацияларының пайда болуына мүмкіндік туады. Балалар мен жасөспірімдерде кездесетін тіс-жақсүйек аномалияларының түрлері көп. Оларға тістемнің прогнатия (жоғарғы жақ-сүйектің алға шығуы), прогения (төменгі жақсүйектің алға шығуы), ашық, терең, айқасқан тәрізді түрлері жатады.

Ортодонтияда тіс-жақсүйек аномалиялары мен деформацияларын емдеу мақсатында әртүрлі пластинкалар, аппараттар, брекеттер қолданылады. Соңғы 10-15 жылдың ішінде ортодонтиялық брекет жүйесі өзінің емдік тиімділігімен көзге түсіп жүр. «Брекет» термині бөліктерінде бірін-біріне бекітетін құлып немесе қапсырма деген ұғымды береді. Брекет жүйесі сакинадан, ортодонтиялық сым-темір доғадан және брекет-құлыптан тұрады. Брекеттердің бірнеше түрлері бар. Кең таралғаны-тістің алдыңғы жағына бекітілетін металды немесе керамикалық құрылымдар. Тіл жақтылық брекеттер тістің ішкі жағына бекітіледі (1сурет).



а

б

1 сурет- а-тістің алдыңғы жағына бекітілетін металды брекеттер, б-тіл жақтылық брекеттер.

Олар көрінбейді, бірақ оларды тазалау қиынға түседі. Брекеттерді тағып жүргенде ауыз қуысына дұрыс күтім

жасау қызыл иек пен тісті стоматологиялық аурулардан қорғауға көмектеседі. Оның үстіне дұрыс күтім брекetterді тағу мерзімін қысқартуы мүмкін.

Қазіргі замандағы ортодонтияда тіс-жақсүйектерінің аномалиялары мен деформацияларын оңтайлы емдеу, қол жеткен нәтижелерді өзгеріссіз сақтау (рецидив, аурудың қайталануын болдырмай) өзекті мәселелердің бірі. Ортодонтиялық емнен кейін пайда болатын рецидивтерді болжау, ғылыми зерттемелер үшін өте маңызды. Емдеудің шипалығын арттыру, рецидивтердің алдын алу, жетілдірілген ретейнер-тұрақтандырғыш құрылымдарын жасау-заманауи талабы.

Әдетте әртүрлі ортодонтиялық аппараттар, брекetterмен емдеудің соңғы сатысына ретенциялық яғни тұрақтандыру кезеңі жатады.

Бұл кезде арнайы аппарат-ретейнерлер көмегімен түзетілген тістер бір-біріне физиологиялық қалыпты тұрақтандырады. Емнің ретенциялық (тұрақталған) нәтижелерін қамтамасыз ету үшін алмалы-салмалы, алынбайтын ортодонтиялық қолданылады. Оларды қолданғанда тісжегі, қызыл иек ауруларының алдын алу үшін ауыз қуысының кәсіби гигиенасы міндетті түрде жүргізіледі. Алынбайтын ретенциялық аппараттар көбінесе тістің ішкі бетінде орналасады. Ортодонтиялық сым тістің кіреуіне композициялық материалдың көмегімен бекітіледі. Бұл аппараттың артықшылығы көзге түспеуі және ретенциялық қасиетінің жоғары болуы. Дегенмен аппаратты түнде киюді ұмытпағаны дұрыс, бірақ оның бір кемшілігі оған алмалы-салмалы аппаратқа қарағанда ауыз тазалығын сақтаудың қиындығы жатады (2 сурет).



2 сурет-ортодонтиялық сымнан жасалған ретейнер

Ретенциялық аппараттардың ең қарапайым – ұстап тұратын кламмерлері және вестибулярлы металл доғасы бар жай пластинкалы аппарат (3 сурет). Онымен гигиенаны сақтау оңай, дегенмен сөйлегенде

вестибулярлы доға көрінеді. Сондықтан доға көрінбеу үшін мөлдір вестибулярлы доғасы бар эстетикалық ретенциялы аппарат ойлап шығарылған.



3 сурет - Ұстап тұратын кламмерлері және вестибулярлы металл доғасы бар жай пластинкалы аппарат

Алмалы-салмалы ретенциялық аппарат ретінде каппаны қолдануға болады. (мысалы, иекке сыртынан тұрақты қысым түсіру үшін). Каппаның эстетикалық қасиеті

жоғары, қалыптағыш-вакуум аппаратында істеледі (4-сурет).



а



Б

В

4 сурет-а-алынып-салынатын каппа, ретейнер, б-каппаны жасайтын табақшалар,

в- қалыптағыш-вакуум аппараты

Әдетте бір жақ сүйекті құрылымдық ретенциялық аппараттармен қатар екі жақ-сүйектік аппараттар да жасалады. Бұл аппарат құрылым жағынан өте күрделі, сол себептен үйге келгенде түнде ғана ауызға салады. Кейбір кезде дәрігер әртүрлі құрылымдық ретенциялық аппараттарды құрамдастырады.

Мысалы, мөлдiр каппаларды жоғары және төменгі жақ сүйектерге күндіз салса, пластинка немесе екі жақ сүйекті аппараттар түнде салынады. Болмаса алынбайтын ретейнерлер тұрақты тұрса, екі жақ сүйекті аппарат түнде ауызға салынады. Барлық алмалы-салмалы ретенциялық аппараттар белгілі бір күтім мен тазалықты қажет етеді. Сол үшін көптеген тіс щеткалары, ысқыштар және суперфлостар, емдеу-профилактикалық пасталар және ауыз шаюға арналған заттар шығарылған. Дәрігер-ортодонт, науқасқа брекет-жүйесі ауызда болғанда гигиеналық дағдыларды ұмытпай, бұлжытпай орындауды ескертеді.

Сонымен қатар тістердің минералды құрамын қалпына келтіру және ауыз қуысын кәсіби тазалау үшін үнемі дәрігерге келіп тұру қажет.

Қайтардан пайда болатын аномалиялардың алдын алу үшін, ретенциялық аппараттарды жоспарлау кезінде тістердің ығысу бағыты назарға алынады.

Тістердің вестибулярлы орналасуын кетіргеннен кейін, әртүрлі құрылымды тісүсті вестибулярлық доғалар қолданылады. Аппараттың негізі мен доға арасындағы орналасқан тістер бекітіледі. Вестибулярлы доғаларды алдыңғы тістерге, сонымен қатар бүйір тістерге де қолдануға болады.

Дистальды тістемді түзеткеннен кейін, жоғарғы жақ сүйекке вестибулярлы доға, кламмерлер және ылди жазықтығы бар пластинкалар, немесе төменгі жақ сүйекке бейімдегіші бар пластинкалар жасалынады.

Бұлар алдыңғы тістерге жасалған вестибулярлы доғаның әсерінен тістерге жақсы бекітіледі.

Мезиалды тістемді түзеткеннен кейін, жоғарғы жақ сүйектің алдыңғы тістеріне тісүсті вестибулярлы доғасы қолданылады.

Ашық тістемді түзеткеннен кейін, құрамына құрылымдық элементтер кіретін ретенциялық аппараттар қолданылады. Олар тілді тіс қатарынан бөліп тұруға және тіс арасына кіруден сақтайды. Сол себептен тілді сақтау үшін тік және көлденең бағытта иілген сым темірлері бар және пластмассадан жасалған қалқаны бар алмалы-салмалы аппарат қолданылады. Тілдің ұшын дұрыс орналасуын бұзбау үшін және ауыздың физиологиялық кеңістігін кемітпеу үшін аппаратты тіске жақындатып, түзеп-жөндеу оңай түседі.

Тістердің ось бойымен айналған кезде, оларды ретенциялау қиынға түседі. Осы мақсатпен тістердің тіл жағына бекітілетін алмалы-салмалы сым темірлі ретейнерлер қолданылады. Тұрақты ортодонтиялық аппарат тіс қатарынан алынғаннан кейін аномалияның қайталанбауын алдын алу үшін ретенциялық аппарат тәулік ішінде жасалып ауызға салынуы тиіс. Барлық алмалы-салмалы ретенциялық аппараттар тұрақты түрде күтім мен тазалықты талап етеді.

Ретенциялық кезеңде ретейнердің бекітілуін байқап, ортодонтқа тұрақты түрде қаралып тұру керек.

Ретейнерлер қандайда бір тістен ажырап кетсе, толығымен босауы мүмкін, мұндай жағдайда дер кезінде емханаға барып түзеп-жөндеген дұрыс.

Ретенциялық кезеңде ортодонтқа жылына науқас кем дегенде 2 рет қаралуы керек.

Жоғарыда көрсетілген ретенциялық аппараттарды медициналық көрсетілімдеріне қарай қолданса, емнің нәтижесі артып, түзетілген тістер өз орнындарында тұрақталып қалады.

Қорыта келгенде, ретейнер аппараттарын оңтайлы қолдану тек әдемі күлкі үшін емес, тіс-жақсүйек

жүйесінің ойдағыдай қызметін қамтамасыз етуге береді.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- 1 Уильям Р.Проффит Современная ортодонтия – М.: 2009. - 560с..
- 2 П.С.Флис, Н.А.Омельчук, Н.В.Ращенко Ортодонтия: учебник. –Медицина. - 2008. – 360с.
- 3 М.Я.Алимова, И.М.Макеева Ортодонтические ретенционные аппараты: Учебн.пособие. – М.: 2009.- 72с.
- 4 Равиндра Нанда Биомеханика и эстетика в клинической ортодонтии. – М.: 2009. – 388с..

О РОЛИ РЕТЕЙНЕРОВ В ОРТОДОНТИИ

Резюме: О лечении ортодонтическими аппаратами зубочелюстных аномалий и деформаций встречающихся у детей и подростков. О высокой роли ретейнеров в профилактике рецидивов.

Ключевые слова: рецидив, ретейнер, каппа, профилактика

ABOUT ROLE OF RETAINER IN ORTHODONTICS

Resume: In this article represented information about effectiveness of treatment dentofacial anomalies and deformities that occur among children and teenagers using orthodontic appliances. About important part of retainers in prevention of relapses.

Keywords: relapse, retainer, kappa, prophylaxis

УДК 616.525 - 02 : 616.31 - 018.73 (048.8)

Л.Я. ЗАЗУЛЕВСКАЯ, К.М.ВАЛОВ

КазНМУ, модуль «Терапевтическая стоматология»

ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ В ПОЛОСТИ РТА

Проанализированы данные по обращаемости за консультативной помощью больных с различными формами красного плоского лишая возможные причины, клинические проявления заболевания, а также методы его диагностики, лечения, ошибки и осложнения.

Ключевые слова: аутоиммунная теория, лихеноидная реакция, иммунопатологическое заболевание, синдром Гриншпана, эрозивно-язвенные поражения.

Красный плоский лишай - хроническое заболевание, сопровождающееся воспалительным компонентом и патогистологически проявляющееся гиперкератозом, а клинически - появлением мелких сгруппированных папул на отдельных участках кожи и слизистых оболочках. Изолированные поражения слизистых оболочек встречаются реже, примерно в 25% от всех случаев проявления КПЛ.

Причины заболевания полностью не выяснены. Существовали различные теории возникновения КПЛ, наиболее популярными из которых были вирусная, неврогенная и аутоиммунная.

По современным представлениям КПЛ - это аутоаллергическая реакция гиперчувствительности замедленного типа против каких-то антигенов базального слоя или собственной пластинки кожи и слизистых. Специфические аутоантитела при КПЛ никогда не обнаруживаются, но всегда возникает плотная инфильтрация лимфоидными клетками базальных слоев эпителия и собственной пластинки слизистой (дермы). Замечено, что типичная форма КПЛ сопровождается реакцией «трансплантат против хозяина», что повторно доказывает значение аутоиммунного фактора в развитии заболевания.

Часто КПЛ может провоцироваться лекарственными средствами, например, препаратами золота, противомаларийными, противосудорожными препаратами и тетрациклиновыми антибиотиками. Кроме того, в развитии заболевания в целом и в каждом конкретном случае выделяются отдельные сопутствующие факторы, которые, по всей видимости, тоже играют свою роль в патогенезе заболевания. Наиболее значимые из них: 1) возраст и пол больных: по данным наблюдений и среднестатистическим данным заболевание чаще возникает у женщин 40-60 лет в климактерический и постклимактерический периоды; 2)

неврологический статус больных: заболевание чаще проявляется у людей с лабильной психикой, склонных к эмоциональным стрессам, переживаниям, а также канцерофобией; 3) наличие какого-либо сопутствующего хронического заболевания внутренних органов, в частности, печени, желудочно-кишечного тракта, эндокринной системы (описан симптомокомплекс-синдром Гриншпана, наряду с КПЛ при котором наблюдаются сахарный диабет и гипертоническая болезнь); 4) местные травматические факторы механического, физико-химического, химического и биологического происхождения, в т.ч. наличие металлических конструкций в полости рта, особенно разнородных, способных вызвать явления гальванизма; острые края зубов, некачественно изготовленные пломбы, контактные аллергические реакции замедленного типа, нарушения микробного баланса по типу дисбактериозов.

В некоторых случаях КПЛ может быть следствием каких-либо вмешательств на организм извне, как извращенная реакция на сопутствующие метаболические нарушения. Клинический пример 1. Больная К., 1992 г.р. обратилась на кафедру терапевтической стоматологии с жалобами на чувство дискомфорта и стянутости, появление белесоватых участков на всей поверхности слизистой оболочки полости рта. Из анамнеза было выяснено, что пациентка лечилась по поводу острого миелобластного лейкоза и прошла несколько курсов химиотерапии. Объективно слизистая оболочка десны, переходных складок, альвеолярного отростка имела белесоватый вид за счет сетчатого рисунка в виде извитых петель и изгибов. Данные поражения были расценены как лихеноидная реакция слизистой полости рта в ответ на экстремальное воздействие на организм химиотерапевтических препаратов (рисунок 1).



Рисунок 1 - Б-ая К. Лихеноидная реакция

Всего за 2012 год на кафедру за консультативной помощью обратились 16 пациентов с КПЛ, из них женщины составили 93,7%. Из нескольких возрастных категорий один пациент (6,3%) был из категории 20-29 лет, 2 пациента (12,5%) - из категории 30-39 лет, 4 (25,0%) - из 40-49 лет, 7 (43,7%) - из 50-59 лет, 2 пациента (12,5%) - из 60-69 лет. Типичная форма КПЛ была диагностирована у 37,5% пациентов, экссудативно-гиперемическая - у 12,5%, эрозивно-язвенная - у 50,0%. Симптомокомплекс - синдром Гриншпана наблюдался у 6 пациентов (37,5%).

Пациентов, обращающихся за консультативной помощью, можно разделить на 3 группы: 1) больные с поставленным диагнозом КПЛ; 2) больные, лечившиеся долгое время у врача стоматолога, но без правильного диагноза; 3) больные, уже проходившие адекватное лечение, но обратившиеся вторично с обострением заболевания.

Клинически на коже выделяют кольцевидную, атрофическую, бородавчатую, пигментную и буллезную формы КПЛ. Элементы поражения чаще локализуются на

коже рук, тыле кистей, груди, животе, передней поверхности голеней. Цвет высыпаний густо-красный, синюшный, иногда буроватый, в центре отдельных узелков может быть пупкообразное вдавление. Папулы могут сливаться в крупные бляшки диаметром до 1 см.

На слизистой оболочке полости рта выделяют типичную, экссудативно-гиперемическую, эрозивно-язвенную, буллезную и гиперкератотическую формы заболевания. Патогномичным признаком каждой из этих форм является наличие множества сгруппированных мелких папул диаметром около 1,5 мм, сливающихся в узор (так называемая «сетка Уикхема»), часто сравниваемый с рисунком «морозного окна» или «листом папоротника». Если типичная форма ощущается больным лишь как дискомфорт, чувство стянутости и шероховатости слизистой, то осложненные формы - экссудативно-гиперемическая и эрозивно-язвенная причиняют больному тяжкие страдания во время приема пищи и разговоре. Следует помнить, что эрозивно-язвенная форма КПЛ при длительном существовании в полости рта может малигнизироваться.



Рисунок 2 - Типичная форма КПЛ

Диагностику КПЛ затрудняет его сходство с другими заболеваниями слизистой оболочки полости рта: эрозивно-язвенной формой лейкоплакии, аллергическими поражениями, буллезными дерматозами, вторичным сифилисом и проявлениями системной красной волчанки. Во всех случаях даже на фоне выраженного воспаления можно увидеть характерный рисунок красного плоского лишая. Кроме того, типичные папулы КПЛ дают характерное свечение бело-желтого цвета в лучах Вуда, а при визуальном восприятии папулы имеют белесоватый цвет, что объясняется оптическим явлением Тиндаля (рассеивание

света коллоидом, содержащимся в тельцах, которые образуются при гибели кератиноцитов).

Клинический пример 2. Больная Р., 1969 г.р. обратилась за консультативной помощью с жалобами на наличие язвенных поражений в полости рта, сильную болезненность во время приема пищи и при разговоре. Страдает от заболевания уже на протяжении полутора лет, первый случай проявления заболевания связывает с постановкой металлокерамических мостовидных протезов, перенесенным эмоциональным стрессом и обострением хронического гастрита (рис.3).



Рисунок 3 - Сочетание КПЛ с десквамативным гингивитом

Рецидив заболевания возникал примерно раз в 3-4 месяца, обычно после употребления острой или пряной пищи. Неоднократно обращалась к врачам разных специальностей, но не получала полноценной помощи.

Точный диагноз не был поставлен, проводилось только местное лечение с использованием препаратов, некоторые из которых обладали раздражающим действием, и их применение в данном случае было

категорически противопоказано (пищевая сода, перманганат калия, различные спиртовые настойки, медицинские квасцы).

Объективно на слизистой щек с обеих сторон преимущественно в задних отделах на гиперемизированной и отечной слизистой были отчетливо видны крупные эрозии полигональной формы, покрытые фибринозным налетом. При более детальном визуальном осмотре на фоне воспаления определялся

характерный сетчатый рисунок из множества сливающихся мелких папул.

На основании жалоб, анамнестических данных, объективного обследования и проведения дифференциальной диагностики с другими заболеваниями больной был поставлен диагноз «Красный плоский лишай, эрозивно-язвенная форма». Больной было назначено общее, местное и физиолечение.

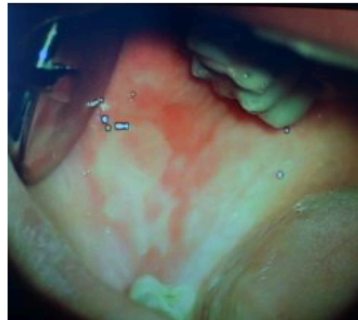


Рисунок 4 -Б-ая Р., 43лет. Эрозивно-язвенная форма КПЛ

Общее лечение включало в себя противовоспалительную, иммуномодулирующую, десенсибилизирующую, седативную и общеукрепляющую терапию. Местное лечение заключалось в антисептической обработке элементов поражения, растворении фибринозной пленки с помощью протеолитических ферментов, местном противовоспалительном лечении и назначении кератопластических препаратов для скорейшей эпителизации очага. Лазерная терапия была включена в комплекс лечения после стихания острых воспалительных явлений. Больной была проведена последовательная санация полости рта, включившая в себя пломбирование кариозных зубов и клиновидных дефектов, снятие зубных отложений, кюретажа

пародонтальных карманов. После достижения положительной динамики больная была направлена на дальнейшее обследование у врачей-интернистов.

Таким образом, красный плоский лишай является довольно серьезным заболеванием, представляющим интерес как для дерматологов, так и стоматологов. Диагностика и лечение этого заболевания представляет определенные сложности в связи с неясной этиологией, схожестью с другими кожными заболеваниями и болезнями слизистой полости рта. В этом заключается актуальность необходимости знания клинической картины, методов его диагностики и лечения, что позволяет избежать возможных ятрогенных осложнений в процессе терапии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Заулевская Л. Я. Болезни слизистой оболочки полости рта. – 2010. – С. 172-186.
- 2 Чурилов Л. П. Механизмы развития стоматологических заболеваний. - М.: Медицина, 2006. – С. 222-227.
- 3 Боровский Е. В., Машкиллейсон А. Л. Заболевания слизистой оболочки полости рта. - М.: Медицина, 1984. - 399 с.
- 4 Абрамова Е.И. Красный плоский лишай в полости рта. - М.: 1996. - 19с.

Түйін: Қызыл жалпақ теміреткінің әр түрлі түрімен кездесе жүгініп келген науқастардың мүмкін болатын себептері, аурудың клиникалық көріністері және де нақтамалау, емдеу әдістері, қателіктер мен асқынуларының мәліметтері талданды.

Resume: Data about visitings for consultative help of patients with different forms of lichen planus were analysed. Also possible reasons, clinical symptoms of disease, methods of diagnosis and treatment, mistakes and complications were analysed.

УДК 616-003.9:620.191.73-591.821-004.14

М.Ғ.К. Г.С. СТАБАЕВА, Ж.Р. ҮРГЕНІШБАЕВА, А.А. УТЕШЕВА, Д.З.ЖҮНІСБАЕВ

С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті

ТЕРЕҢ КҮЙІК ЖАРАЛАРЫНЫҢ ЖАЗЫЛУЫН ЖЕҢІЛДЕТУ МАҚСАТЫНДА ЖАСУШАЛЫҚ ТЕХНОЛОГИЯНЫ ҚОЛДАНУДЫҢ ТӘЖІРИБЕЛІК НЕГІЗІ

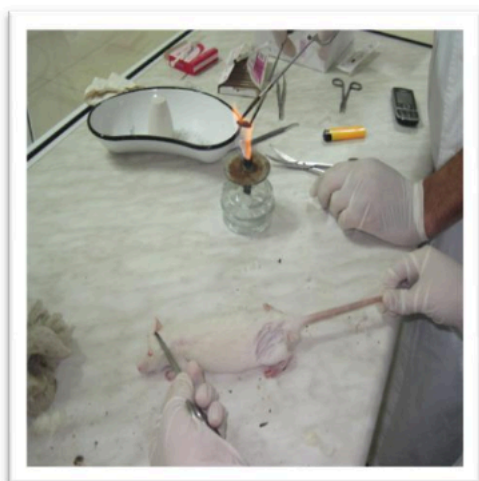
Стоматологияда және жақ-бет хирургиясында реконструктивті емге замануи жол табуды жасап шығару және енгізу орталық және өзекті мәселе болып табылады. Тәжірибеде алынған мәліметтер бойынша жасуша технологиясын коллаген матриксте АЭФ терең күйік жараларының емінде қолдануды ұсынуға мүмкіндік береді. Полученные нами в эксперименте данные позволяют рекомендовать клеточную технологию с применением ЭФЧ на коллагеновом матриксе-носителе при лечении глубоких ожоговых ран.

Түйінді сөздер: АЭФ, регенеративті медицина, эпителизация, тіндік инженерия, жасуша технологиясы.

Өзектілігі. Зақымдалған тіндер мен мүшелердің құрылымы мен қызметін қалыптандыру, адамның тіндері мен мүшелерінің эквивалентін құру регенеративті медицинаның приоритетті бағыттарының бірі болып саналады.

Материалдар мен әдістер. Жануарлар моделі. Салмағы 200-250г, саны 45 тышқандар, бір реттік скальпель, хирургиялық инструменттер, бір реттік шприцтер, спирт,

фурациллин ерітіндісі, гентамицин, физиологиялық ерітінді, АЭФ 01/05 адамның жасуша фибробластарының суспензиясы, коллагенді мембраналар. Барлық жануарларға Рометар 2% ерітіндісімен жалпы жансыздандыру және 2% лидокаин ерітіндісімен жергілікті жансыздандыру жүргізіліп, 10 сек уақытта t=180-200° қыздырылған d=1,5 см металды дискпен



1-сурет

тышқандар терісіне күйік жасалынды. Жүргізілген манипуляция нәтижесінде 2-3 Б дәрежесіндегі, тереңдігі 2-3 мм болатын күйік түзілді. Жануарларға күйік жасап болғаннан соң, 24 сағаттан кейін өлген қабыршақтардан тазартылып, фурациллин ерітіндісімен өңделді. Жануарларды 5 топқа бөлдік: №1 зерттелуші топ(n=9) - АЭФ 01/05 жасушалар суспензиясын инъекциялық енгізу және күйік жарасын коллагенді мембранамен жабу, №2 бақылау топ(n=9) - күйік жараларын левомеколь

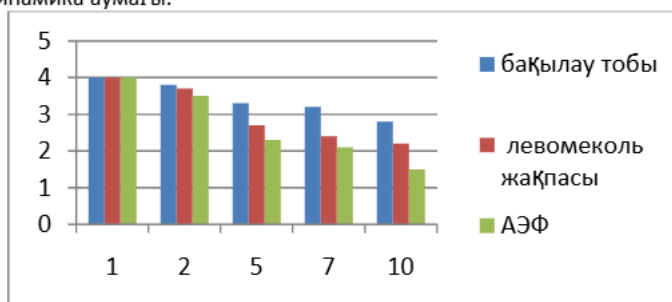


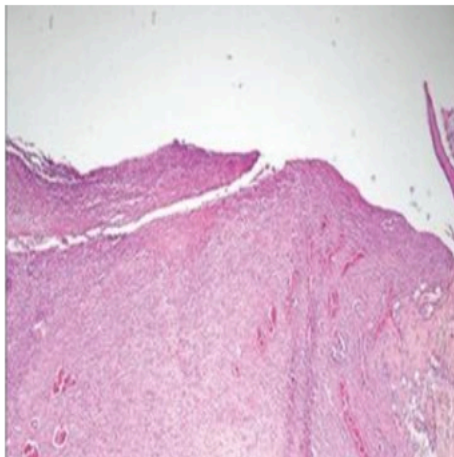
2-сурет

жақпасымен емдеу, №3 зерттелуші топ(n=9) -ем жүргізілмеді.

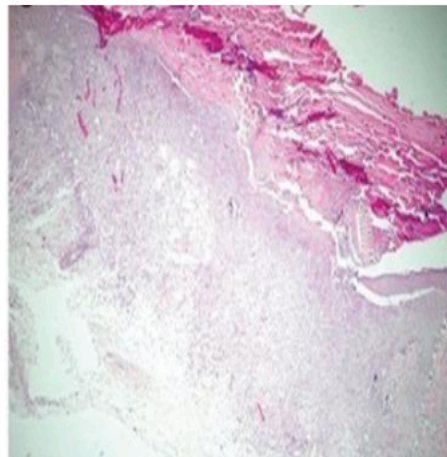
Нәтижесі: Тәжірибені жүргізу барысында жануарлар өлімі және күйік жарасының қабынуы байқалған жоқ. Зерттелуші топтарда бақылау топтарымен салыстырғанда тіндердің регенерациясы мен жараның жазылуы тез жүрді. 3,7,14, және 21-ші күндерде жараның аумағы мен жазылу пайызын бақылап, есептелініп отырды.

1 Кесте - Күйік жарасының динамика аумағы.





3-сурет(бақылау тобы)

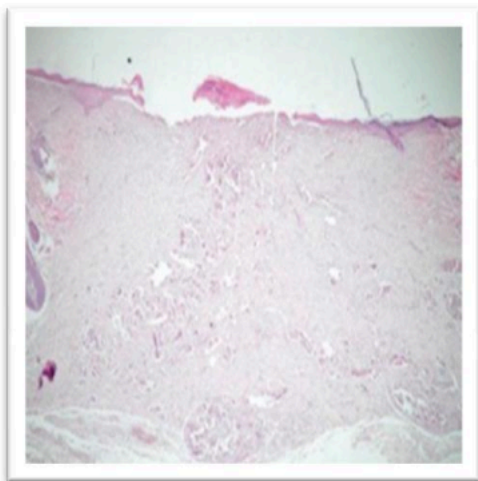


4-сурет(негізгі топ)

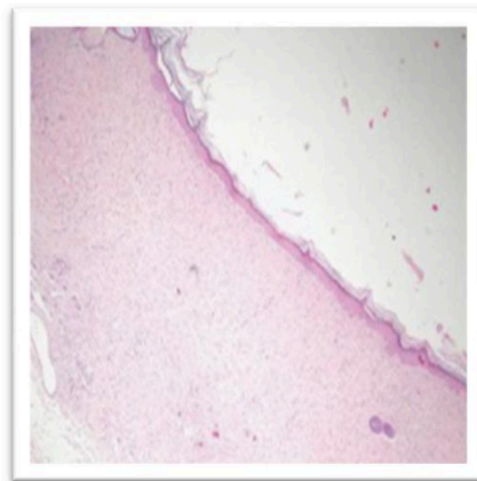
1 диаграмма -Зерттеудің 14 күнгі негізгі және бақылау топтарындағы күйік жараларының эпителизациялану дәрежесінің морфологиялық бағасы

3-суретте бақылау тобындағы күйік жарасының гистологиялық зерттемесінде эпителизация үрдісінің болмауын, ал 4-суретте негізгі топтағы күйік жарасының эпителизациялану үрдісінің қарқынды жүргенін көруімізге болады.

Зерттеудің 21 күнгі негізгі және бақылау топтарындағы күйік жараларының эпителизациялану дәрежесінің морфологиялық бағасы



5-сурет(бақылау тобы)



6-сурет(негізгі топ)

5-суретте бақылау тобындағы күйік жарасының гистологиялық зерттемесінде эпителизация үрдісінің толық болмауын, ал 6-суретте негізгі топтағы күйік жарасының эпителизациялану үрдісінің толық көруімізге болады.

Тәжірибелік-морфологиялық зерттеулер нәтижесінде жасуша-тіндік инженерия композициясы қауіпсіз және жоғары биосәйкестілікке ие. Нәтижесінде, регенеративті емнің мерзімі екі немесе одан да көп есеге қысқарады. Регенеративті медицинада жасушалар технологиясын қолдану тәжірибелік жануарлардағы жаралардағы жазылу үрдісін 2-2,5 есеге тездетеді. Сонымен қатар,

эпидермис қабатын толық қалпына келтіреді және айқын тыртық тіндер түзілмейді.

Қорытынды. Дәстүрлі емге қарағанда 01\05 АЭФ жасушалардың диплоидты штаммының ортасын коллаген матриксімен қолдануы тіндердің жазылуы мен регенерациясын тез жүргізеді. АЭФ қолдану әр түрлі генездегі репаративті үрдістерді стимулдейді, грануляция дамуын тездетеді, жараның шеткі эпителизация үрдісін белсендіреді. АЭФ өзінің функциональды белсенділігін коллагенді матрикс гелінде көрсетеді.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- 1 Келлер Г, Себастиан Дж, Лакомбе Ю, Тофт К, Ласк Г, Ревазова Е. Сохранность инъецируемых аутологических человеческих фибробластов. // Бюл эксп биол мед. – 2000. -130(8). – С. 203-206.
- 2 Cristofalo VJ et al. Proc Natl Acad Sci U S A: 1998 Sept1. - 95(18). – P.10614-10619.
- 3 Freedland M et al. Ann Plast Surg. – 1995. -35(3). – P.290-296.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЕ КЛЕТОЧНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ДЛЯ ОПТИМИЗАЦИИ ЗАЖИВЛЕНИЕ ГЛУБОКИХ ОЖОГОВЫХ РАН

Резюме: Разработка и внедрение современных подходов к реконструктивному лечению в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии в свете последних достижений медицинской науки и биотехнологии, является одной из центральных и актуальных задач. Полученные нами в эксперименте данные позволяют рекомендовать клеточную технологию с применением ЭФЧ на коллагеновом матрикс-носителе при лечении глубоких ожоговых ран.

Ключевые слова: ЭФЧ, регенеративная медицина, эпителизация, тканевая инженерия, клеточная технология.

EXPERIMENTAL STUDY OF CELLULAR TECHNOLOGIES TO OPTIMIZE HEALING OF DEEP BURN WOUNDS

Resume: Development and introduction of modern approaches to reconstructive treatment in dentistry and oral surgery in the light of recent advances in medical science and biotechnology, is a central and urgent tasks. We obtained in experiments allow to recommend the use of cellular technology HEF on collagen matrix carrier for the treatment of deep burn wounds.

Keywords: HEF, regenerative medicine, epithelization, tissue engineering, cell technology.

УДК 616.31-001.13-502-053.2(574.1)

Г.Т. ЕРМУХАНОВА, М.К. АМРИН, З.Р. КАМИЕВА, Р.Б. НУРЛЫ

*Модуль стоматологии детского возраста,
кафедра общей гигиены и экологии КазНМУ*

ОРГАНИЗАЦИЯ НТП ПО ИЗУЧЕНИЮ СОСТОЯНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ДЕТЕЙ И ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ МАНГИСТАУСКОЙ ОБЛАСТИ

По инициативе модуля стоматологии детского возраста КазНМУ на выделенные финансовые средства Мангистауской области был организован многопрофильный научно-технический проект сроком на 3 года. Создан временный научный коллектив из числа врачей-стоматологов, гигиенистов, врача-педиатра и молодого исследователя-студента. Запланировано изучение стоматологического статуса детей и окружающей среды Мангистауской области.

Ключевые слова: НТП, дети, стоматологический статус, окружающая среда, Мангистауская область, зубы, кариес

Актуальность. Выбор в качестве объекта исследований стоматологического статуса детей был сделан в результате предварительного изучения данных по стоматологическому здоровью детского населения, общесоматического состояния детей, проживающих в Мангистауской области.

Одним из крупнейших промышленных регионов Республики Казахстан является Прикаспийский регион. В Мангистауской области расположены богатейшие месторождения нефти и газа. Прогнозные ресурсы углеводородного сырья составляют более 30 млрд т, а извлекаемые запасы нефти оцениваются в 12 млрд т. Как известно, приоритетной в области является нефтедобывающая промышленность, обеспечивающая высокий уровень социально-экономического развития, объема производства.

Область условно делят на 3 крупных нефтегазовых комплексов; условное деление производилось по ведущим признакам природопользования нефтегазовой отрасли и антропогенным факторам воздействия на окружающую среду и здоровье населения.

В настоящее время отсутствуют научные исследования по комплексной гигиенической оценке влияния освоения нефтегазовых месторождений Мангистауской области на окружающую среду и здоровье населения данного региона, что и определило актуальность планируемых исследований.

Кроме сказанного, имеют значение территориальные особенности среды обитания, такие как социальные условия, урбанизация, особенности промышленной специализации, тенденции изменения социального состава общества, медико-демографические показатели, заболеваемость, инвалидность, физическое развитие детей и подростков.

По результатам проведенных ранее исследований в структуре заболеваемости населения Мангистауской области болезни органов пищеварения занимают второе место среди всех классов болезней. Так как, болезни полости рта являются наиболее распространенной патологией желудочно-кишечного тракта, необходимо установить причинно-следственные связи качества объектов окружающей среды и стоматологического здоровья населения, особенно детского, нефтегазовых регионов Мангистауской области. Требуется разработать модели зависимости отдельных нозологических форм данного класса болезней от уровня загрязнения объектов окружающей среды, определить необходимые мероприятия.

Как следует из эпизодических ранних сообщений, повсеместно в Мангистауской области уровень стоматологического здоровья всего населения, в том числе и детей, очень низкий: распространенность кариеса составляет 90% и выше.

Целью данного проекта явилось изучение состояния стоматологического здоровья детей и окружающей среды Мангистауской области и в дальнейшем разработать пути улучшения качества жизни детского населения.

На весь планируемый 3-летний период научно-исследовательских работ группа исследователей ставят следующие задачи:

- 1) Методом мониторинга выбрать из числа областных районов Мангистауской области 2 наиболее сложных в географическом, экономическом, социальном отношении района;
- 2) Исследование соматического статуса детей вышеназванных регионов методом изучения историй болезни;
- 3) Исследовать статус стоматологического здоровья детей;
- 4) Составление индивидуального плана реабилитации детей со стоматологической, челюстно-лицевой патологией;
- 5) Изучение стоматологического статуса детей выбранных районов Мангистауской области в динамике в течение 3 лет;
- 6) Изучить качество основных объектов окружающей среды (атмосферного воздуха, воды, почвы).

Материал и методы исследований. Специалисты по стоматологии детского возраста в 2011г. обратились в ряд регионов Казахстана с инициативой организовать при их финансовой поддержке научно-исследовательские работы по актуальным территориальным темам. Руководство и стоматологи Мангистауской области выразили согласие сотрудничать в течение 2012-2014гг. с выделением средств в 5 млн тенге.

Впоследствии в начале 2012г. руководство Мангистауской области оповестило КазНМУ о распределении вышеуказанной суммы на 3 части и выделении на поэтапные работы в 2012 году 1 млн 700 тысяч тенге, о чем было сообщено в письме из областного департамента здравоохранения г.Актау.

Совместными усилиями был составлен и утвержден в двухстороннем порядке Договор (№18 от 1.05.2012) об организации НТП на тему «Состояние стоматологического статуса детей Мангистауской области и пути его улучшения». Инициаторами проекта, специалистами модуля стоматологии детского возраста (зав. модулем,

руководитель проекта, профессор Ермуханова Г.Т.) была составлена и утверждена программа НТП. Совместно с экономическим отделом КазНМУ рассчитана смета расходов по оплате работ и услуг, исходя из общей суммы НА 2012 ГОД в 1 млн. 700 тысяч тенге и утверждена руководством университета.

Научно-технический проект на тему «Состояние стоматологического статуса детей Мангистауской области и пути его улучшения» зарегистрирован в Национальном центре НТИ РК за №01120к01104 от 12.05.2012г.

После подписания Договора №18 о сотрудничестве КазНМУ и Мангистауского областного стоматологического центра был создан временный научный коллектив (ВНК) из 5 человек.

Поскольку предполагается организовать многопрофильный научный проект, решено было кроме стоматологов подключить гигиенистов и педиатров: к работе присоединяется специалист кафедры общей гигиены и экологии КазНМУ; в целях экономии финансовых средств, по договоренности решено привлечь врача-педиатра с областной детской больницы г.Актау. По рекомендации руководства университета по привлечению к научным проектам студентов в рамках научно-исследовательской работы студентов в состав ВНК включен студент стоматологического факультета.

Для организации научно-исследовательских работ на территории Мангистауской области необходимо массовое обследование детей ключевых возрастных групп; учитывая наступление каникулярного периода в школах, основные работы были запланированы в учебное время в школах.

Результаты исследований. Для организации научно-исследовательских работ на территории Мангистауской области с целью массового обследования детей ключевых возрастных групп была организована научная экспедиция в составе 5 сотрудников ВНК. Основная часть группы из 4 человек работала в 3 населенных пунктах: г.Актау, г.НовыйУзень, с.МангистауМунайлинского района, которые были отобраны по рекомендации руководства областного стоматологического центра г.Актау. В школах этих населенных пунктов осмотрены дети в возрасте 6,10,12,15 лет. Результаты осмотров зафиксированы в картах ВОЗ для оценки стоматологического статуса (1997), где указывались проблемы зубов, зубных рядов, слизистой оболочки полости рта.

С учетом актуальности проблемы раннего поражения зубов кариозным процессом был организован в детских

поликлиниках осмотр детей в возрасте 2 лет и заполнены карты.

В областном стоматологическом центре была проведена пресс-конференция с участием врачей-стоматологов г.Актау, представителей СМИ и телевидения, где обсуждались цели и задачи I этапа НТП. Были озвучены предварительные результаты обследования детей области: распространенность кариеса составляет более 90%, интенсивность в среднем 3,6. Выявлено большое количество зубочелюстных аномалий, аномалий слизистой оболочки полости рта – в 42% случаев зарегистрированы аномалии уздечек языка, губ у детей.

Было консультировано 15 детей с различными пороками челюстно-лицевой области, с состояниями послеоперационных осложнений. Организован мастер-класс для врачей-стоматологов по проведению герметизации, профилактического пломбирования зубов у детей и подростков.

Заключение. После обсуждения с руководством областного стоматологического центра Мангистауской области были выбраны 3 населенных пункта для осмотра проживающих в этих окрестностях детей: г.Актау, г.Новый Узень, с.Мунайлы. Наряду со стоматологическим обследованием проводилось изучение соматического здоровья детей 3 населенных пунктов врачом-педиатром; для этого использовались сведения из карт здоровья школьников в медицинских кабинетах.

Специалист по гигиене окружающей среды на основе имевшихся предварительных данных по этому региону совместно с работниками районных, городских, областного санэпидстанций изучал факторы окружающей среды: воды, воздуха, почвы. В дальнейшем после анализа результатов гигиенических исследований планируется провести корреляцию между стоматологической заболеваемостью и факторами окружающей среды.

Результаты осмотра детей в возрасте 2,6,10,12,15 лет показали у них низкий уровень стоматологического статуса – более 90%, часты зубочелюстные аномалии, патологии тканей пародонта. Весь набранный материал требует тщательного анализа и организации в последующие годы работы по данному проекту комплекса мероприятий, направленных на оказание лечебной помощи детям и консультативно-практической помощи врачам-стоматологам Мангистауской области.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Ермуханова Г.Т., Ермуханова Н.Т., Дугушева Г.А., Егембердиева Р.А., Ксетаева Г.К. Влияние окружающей среды на уровень стоматологического здоровья у детей, проживающих в регионе ядерного полигона Азгыр. Экология промышленного региона и здоровье населения. // Материалы Республиканской научно-практической конференции, посвященной 70-летию академика НАН РК Г.А.Кулқыбаева. – Караганды: 2010.
- 2 Ермуханова Г.Т., Негаметзянов Н.Г., Сийрбай С.Д. Совершенствование системы реабилитации детей с патологией лица, челюстей и полости рта. // Научно-практический журнал «Dentist Қазақстан». -2007.-№2(6). - С.164-165.
- 3 Аналитическая информация по внедрению Единой национальной системы здравоохранения по Мангистауской области за 2011 год. - Актау: 2012.
- 4 Кенесариев У.И., Утешинов Б.Б. Гигиеническая оценка качества атмосферного воздуха нефтегазовых регионов Мангистауской области. // Вестник Казахского национального медицинского университета. – Алматы: 2007. – №1. – С.14-17.

Г.Т. ЕРМУХАНОВА, М.Қ. ӘМРИН, З.Р. КАМИЕВА, Р.Б.НҰРЛЫ

**МАҢҒЫСТАУ ОБЛЫСЫНЫҢ БАЛАЛАР СТОМАТОЛОГИЯЛЫҚ ДЕНСАУЛЫҒЫН ЖӘНЕ ҚОРШАҒАН ОРТАНЫҢ ЖАҒДАЙЫН
ЗЕРТТЕУ БОЙЫНША ҚҰРЫЛҒАН ҒТЖ**

Түйін: ҚазҰМУ балалар стоматология модулінің ұсынысымен Маңғыстау облысының қаржысына 3 жылға созылған көппрофильді ғылыми-техникалық жоба құрылды. Дәрігер-стоматолог, гигиенист, дәрігер-педиатр және жас зерттеуші-студенттен тұратын уақытша ғылыми ұжым ұйымдастырылды. Маңғыстау облысының қоршаған орта және балалар стоматологиялық денсаулығының деңгейін зерттеу жоспарланды.

Түйінді сөздер: ҒТЖ, балалар, стоматологиялық жағдайы, қоршаған орта, Маңғыстау облысы, тістер, тісжегі

G.T. VERMUKHANOVA, M.K. AMRIN, Z.R. KAMIEVA, R.B. NURLY

**THE ORGANIZATION NTP ON THE STATE OF THE DENTAL STATUS OF CHILDREN AND THE
ENVIRONMENT MANGYSTAUREGION**

Resume: Multi disciplinary scientific and technical project for a period of 3 years was organized on the initiative of pediatric dentistry unit of KazNMU on the allocated funds of Mangistau oblast.

Temporary scientific staff from the dentists, pediatrician and young student researcher was created. A study of the dental status of children and the environment of Mangistau oblast was has been planned .

Keywords: NTP, children, dental status, environment, Mangystauregion, tooth ,caries.

УДК 616.31:614-502-053.2(574.1)

Г.Т. ЕРМУХАНОВА, М.К. АМРИН, Р.Б. НУРЛЫ, З.Р. КАМИЕВА, Г.А. ЕРМУХАНОВА, Г.С. КИСМЕТ

Модуль стоматологии детского возраста, кафедра общей гигиены и экологии КазНМУ

СОСТОЯНИЕ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ И УРОВЕНЬ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ДЕТЕЙ МАНГИСТАУСКОЙ ОБЛАСТИ

По инициативе детских стоматологов на финансовые средства Мангистауской области создан НТП, посвященный проблемам стоматологического здоровья детей данного региона. Изучены состояние стоматологического статуса детей, факторы окружающей среды

Ключевые слова: *окружающая среда, дети, стоматологический статус, соматическое здоровье, Мангистауская область, зубы, кариес*

Актуальность. Одним из крупных промышленных регионов РК является Прикаспийский регион. Приоритетной в Мангистауской области является нефтедобывающая промышленность, обеспечивающая высокий уровень роста основных показателей социально-экономического развития, объема промышленного производства.

В настоящее время отсутствуют научные исследования по комплексной гигиенической оценке влияния освоения нефтегазовых месторождений Мангистауской области на окружающую среду и здоровье населения данного региона, что и определило актуальность исследований.

В регионе не установлены причины, оказывающие влияние на заболеваемость и смертность населения, особенно детского. Не проведены исследования по определению факторов, влияющих на стоматологическое здоровье детского населения. До настоящего времени не проводились целенаправленные исследования по изучению стоматологического здоровья детей, проживающих в Мангистауской области.

Целью настоящих исследований явилось изучение состояния стоматологического здоровья детей Мангистауской области и разработка путей его улучшения с учетом факторов окружающей среды

Материал и методы исследований. Временный научный коллектив, состоящий из 5 человек – специалистов-стоматологов, врача-педиатра, гигиениста проводил обследование детей в возрасте 6,10,12,15 лет, проживающих в 3 населенных пунктах Мангистауской области: г. Актау, г. Новый Узень, с. Мунайлы.

Обследовано всего 595 детей: 201 ребенок г. Актау, 210 детей с. Мунайлы, 187 детей г. Новый Узень. Совместно с врачом-стоматологом осмотр детей проводил врач-педиатр. Специалист-гигиенист проводил изучение факторов окружающей среды по данным региональных СЭС.

На каждого осмотренного ребенка оформлялась карта ВОЗ по стоматологическому обследованию. Консультировано 15 детей с врожденными пороками челюстно-лицевой области. Проведена пресс-конференция для врачей-стоматологов Мангистауской области, СМИ, телевидения.

Результаты исследований. Общая характеристика Мангистауской области.

В состав Мангистауской области входят: 2 города областного значения (Актау и Жанаозен) и 5 районов (Бейнеуский район - Бейнеу, Каракиянский район - Курык, Мангистауский район - Шетпе, Мунайлинский

район - Мангистау и Тупкараганский район - Форт-Шевченко)

Область расположена в юго-западной части Республики Казахстан. По данным Государственного комитета по земельным отношениям и землеустройству она занимает территорию 170,5 тыс. км². Мангистауская область является крупным промышленным регионом. Здесь добывается 25 % нефти Казахстана. По ее территории проходит нефтепровод Актау - Жетыбай - Узень. Основные промышленные центры – Актау, Жанаозен, Форт-Актау, Жетыбай. Актау и Баутино являются морскими портами.

В основном социально-экономическое развитие Мангистауской области формируется в неблагоприятных природно-климатических условиях (дефицит пресной воды, бедные в плодородном отношении почвы, постоянное колебание уровня Каспийского моря), которые создают специфику развития социальной сферы и характер расселения населения.

Территория области расположена в пределах Прикаспийской низменности и плато Мангистау. С запада омывается Каспийским морем. Береговая линия изрезана слабо, имеются небольшие песчаные косы и прибрежные острова, заливы.

Состояние окружающей среды Мангистауской области. Качество атмосферного воздуха. Господствующими направлениями ветра по г. Актау являются восточными и юго-восточными (19%), в районе месторождения «Каламкас» эти направления составляют от 18 до 28%. В области находится 110 объектов, имеющих организованный выброс в атмосферный воздух, в том числе городских – 80, сельских – 30.

Ведущими загрязнителями окружающей среды являются отрасли нефтедобывающей, нефтеперерабатывающей и газовой промышленности, строительных материалов, автомобильный транспорт.

За последние годы в результате наблюдений было установлено, что в выбросах промышленных предприятий области содержатся не более 35 вредных веществ, 13 из которых относятся к I и II классам опасности. С учетом имеющихся выбросов в атмосферу от промышленных предприятий и автотранспорта в основных промышленных центрах области сократили перечень загрязняющих веществ до 35 по г. Актау и до 18 по г. Жанаозен.

В целях определения востребованности и экономической целесообразности проводимых анализов санитарно-химическими лабораториями ДГСЭН проведена корректировка определяемых ингредиентов, и

определяются 29 ингредиентов, 13 из которых относятся к I и II классам опасности.

Промышленные предприятия, являющиеся источниками загрязнения атмосферного воздуха размещены за чертой селитебной зоны и имеют СЗЗ нормативных размеров.

В городе Актау отмечается низкий уровень загрязнения атмосферного воздуха. Индекс загрязнения атмосферы (ИЗА₅) составил 2,6. Средняя за год концентрация взвешенных веществ составила 1,6 ПДК. Содержание диоксида серы, оксида углерода, диоксида азота, углекислоты, аммиака и серной кислоты находились в пределах допустимой нормы.

Радиационный фон. По данным РГКП «Казгидромета» наблюдения за уровнем гамма излучения на местности осуществляются ежедневно на 2-х метеорологических станциях (Актау, Форт-Шевченко) и хвостохранилище Кошкар-Ата Мангистауской области.

Средние значения радиационного гамма-фона приземного слоя атмосферы по населенным пунктам территории находились в пределах 0,06-0,15 мкЗв/ч и не превышали естественного фона. В последние годы уровень радиационного фона существенно не изменился.

Контроль за радиоактивным загрязнением приземного слоя атмосферы на территории Мангистауской области осуществлялся на 3-х метеорологических станциях (Актау, Форт-Шевченко, Жана Узень) путем отбора проб воздуха горизонтальными планшетами. На станциях проводился пятисуточный отбор проб.

Среднесуточная плотность радиоактивных выпадений в приземном слое атмосферы на территории области составила 1,3 Бк/м², что не превышает предельно-допустимый уровень. По сравнению с 2010 годом уровень плотности радиоактивных выпадений существенно не изменился.

Качество воды и водоснабжения. В Мангистауской области в качестве водоема I и II категории используется Каспийское море, куда сбрасываются сточные воды через 2 организованных выпуска предприятий РГП МАЭК г. Актау и АОЗТ «Баута» Тупкараганского района. Объекты имеют утвержденный норматив предельно-допустимого сброса (ПДС). Ежедневно через сбросные каналы ТЭЦ-1, ТЭЦ-2 (РГП МАЭК) и АОЗТ «Баута» производится выброс в количестве 1604418 м³/сут. Превышение ПДС не наблюдалось.

В области находятся 3 водозабора морской воды РГП МАЭК и завода АОЗТ «Баута», где производится забор воды с целью приготовления питьевой воды с помощью дистилляционно-опреснительной установки.

Контроль качества морской и сточных вод ведомственными лабораториями (РГП МАЭК, АОЗТ «Баута») и лабораториями санэпидслужб г. Актау и Тупкараганского района.

Качество воды водоемов по г. Актау по химическому составу не соответствует гигиеническим нормам в 6,25%, что в 3 раза выше областного показателя (2,5%). Это связано с антропогенным влиянием городской территории (смыв дождевых и талых вод).

В Мангистауской области находится 23 объекта водоснабжения. Обеспеченность населения области водопроводной водой составляет 70,1% (табл.1).

Децентрализованным водоисточником пользуется 12,1% населения, а привозной водой 5,75%. В среднем на одного жителя городских поселений удельное водопотребление

составляет 180-200, тогда как в 200 г было 124. На селе оно составило 70-90, а в 2000 г - 44.

В настоящее время не отвечающих санитарным требованиям 5 объектов водоснабжения (21,7%): водопровод «Кияхты-Каламкас-Каражанбас» г. Актау; водопровод «Актау-Курый» Каракиянского района; водопровод «Астрахань-Мангышлак» Бейнеуского района; водопровод «Уштаган» Мангистауского района; водопровод «Шаир» Мангистауского района.

На всех объектах водоснабжения проведена очистка, дезинфекция и промывка сетей резервуаров для хранения воды. Обеспеченность объектов водоснабжения жидким хлором и реагентами удовлетворительное и составляет 80%. Фторирование питьевой воды проводится в РГП «МАЭК» г. Актау, запас фтористого натрия достаточный.

Лабораториями санэпидслужбы области постоянно проводится исследование воды централизованных систем водоснабжения.

В 2011 г. по санитарно-химическим показателям исследовано 2787 проб, не соответствуют 40 (1,4%). В сравнении с 2000 г. удельный вес нестандартных проб по физико-химическим показателям уменьшился на 13% (в 2000 г. исследовано 1466 проб, не соответствует 211 или 14,4%). Качество воды улучшилось по органолептическим показателям и содержанию железа за счет регулярной подачи воды в основном по г. Актау.

По микробиологическим показателям исследовано 3104 проб, из них не соответствуют 8 (0,26%). В сравнении с 2000 г. удельный вес нестандартных проб по микробиологическим показателям уменьшился на 0,54% (в 2000 г. исследовано 2456, не соответствуют 20 или 0,8%). 126 проб исследовано на коли-фаги, на патогенную флору 104 пробы, на вирусологические показатели 118 проб, не соответствующих проб нет (таблица 2).

Из децентрализованных систем водоснабжения исследовано по микробиологическим показателям 74, не соответствующих нет по физико-химическим показателям 76, не соответствуют 7 проб (таблица 2).

Таким образом, за последние годы заметно улучшилось качество питьевой воды из централизованных систем водоснабжения, процент проб по физико-химическим показателям снизился почти в 10,3 раза (с 14,4 до 1,4%), по микробиологическим - процент несоответствия на низком уровне (0,54%).

Однако, в настоящее время в регионе наблюдается дефицит питьевой воды, что наглядно видно, на примере Мунайлинского района, где среднесуточное потребление населения водой составляет 16 л/сут при нормативе 120 л/сут.

Качество почвы. По данным РГКП «Казгидромет» в городе Актау, в пробах почвы, отобранных в различных районах, содержание кадмия находилось в пределах 0,2-0,6 ПДК, меди 0,4-1,1 ПДК, хрома 0,03 - 0,2 ПДК, свинца 0,3-1,2 ПДК, цинка в пределах 0,2 - 1,0 ПДК.

За весенний период превышения ПДК обнаружены на границе санитарно-защитной зоны автосалона «Каспий» по свинцу 1,2 ПДК, по меди 1,1 ПДК. В районе центральной дороги, на границе санитарно-защитной зоны ТЭЦ - 1, на территории школы №14 в 26 микрорайоне и на территории парка Акбота содержания всех определяемых тяжелых металлов не превышали допустимой нормы.

За осенний период превышения ПДК не наблюдалось. На всех точках на территории морпорта концентрация нефтепродуктов в воде достигала 0,007-0,015 %.

По данным Государственного санитарно-эпидемиологического надзора Мангистауской области от общего числа исследованных проб почвы не соответствовавших стандарту по санитарно-химическим, гельминтологическим, на личинки мух и пестицидам несоответствий не обнаружено. По бактериологическим показателям не соответствовало гигиеническим нормативам 1,8% проб, таблица 3.

Качество пищевых продуктов. В 2011 г по области исследовано 8717 проб пищевой продукции, из них на санитарно-химические показатели – 4538, на микробиологические показатели - 4179. По санитарно-химическим показателям удельный вес проб, не соответствующих нормативам составил 0,7%. По микробиологическим показателям несоответствие составило 1,2%, из них на патогенную флору – 0%.

Исследования пищевых продуктов на содержание токсичных веществ и тяжелых металлов показали, что за 2009-2011 гг. случаев превышения ПДК не отмечалось. Некачественные продукты, представляющие опасность для здоровья, по рекомендации ДГСЭН своевременно уничтожались.

ДГСЭН Мангистауской области проводится постоянный мониторинг за детскими и подростковыми организациями. По ее данным в 2011 г из 510 объектов детских и подростковых учреждений обследовано 465. Из них не соответствовавших СанПиН было 2 (0,4%). Несоответствие нормативам по калорийности блюд было в 0,9% (2 из 220), пробам воды на микробиологические показатели – 0,57% (5 из 880), смывам – 5,8% (355 из 6087), микробиологическим показателям пищевых продуктов – 0,69% (10 из 1440), освещенности – 2% (160 из 8017), электро-магнитным полям – 2,4% (115 из 4764), микроклиматическим условиям – 3,5% (155 из 4466), шуму – 1,15% (1 из 87).

Стоматологический статус детей.

В период первой научной экспедиции в трех населенных пунктах области было осмотрено 595 детей: 149 детей в возрасте 6 лет, 141 – в возрасте 10 лет, 116 – в возрасте 12 лет и 192 ребенка в возрасте 15 лет. Проведенный массовый скрининг детей ключевых возрастов Мангистауской области выявил, что кариес зубов составил 96,5% распространенности, интенсивность – 3,9 (таблица 1, рисунок 1).

Таблица 1 - Возрастные группы, распространенность и интенсивность кариеса

Населенные пункты	Ключевые возраста	Количество	Распространенность	Интенсивность
Актау	6 лет	53	92,7%	3,9
	12 лет	60	84%	2,3
	15 лет	21	84,6%	3,4
Новый Узень	6 лет	41	92,6%	6
	12 лет	41	87,8%	3,1
	15 лет	59	94,9%	4,1
Мунайлы	6 лет	55	89%	5,4
	12 лет	50	86%	2,6
	15 лет	52	92,3%	3,6
Итого		595	89,3%	3,8

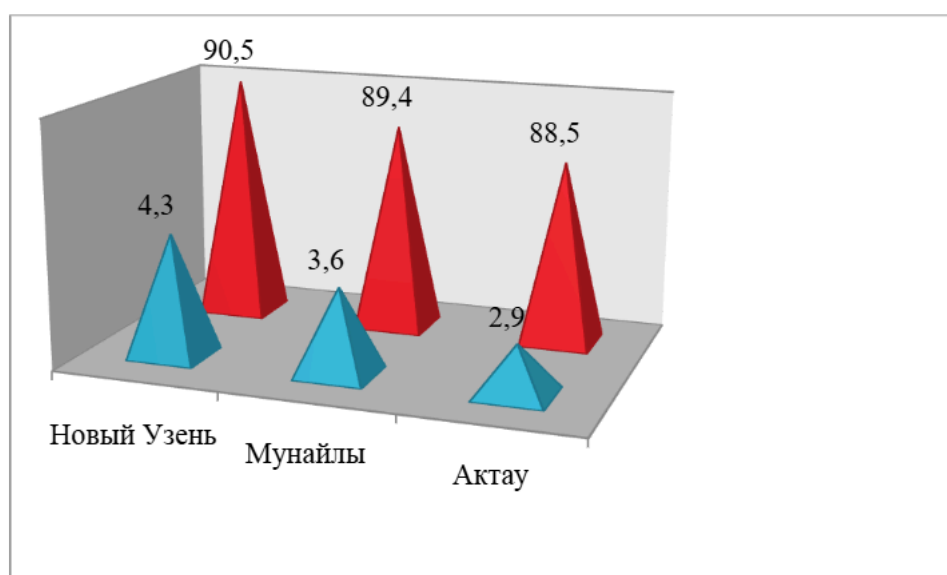


Рисунок 1 - Распространенность и интенсивность кариеса зубов у детей Мангистауской области

Среди всех населенных пунктов высокая распространенность кариеса зубов у детей, проживающих в г.Новый Узень – 90,5%, тогда как этот же

показатель составил по г.Актау 88,5% и по с.Мунайлы – 89,4%. Интенсивность кариеса также оказалась больше у

детей Нового Узенья – 4,3; в г.Актау и с.Мунайлы соответственно 2,9 и 3,6.

Из некариозных поражений твердых тканей зубов у 33,2% всех обследованных детей отмечена гипоплазия, и в 30,8% случаев зарегистрирован флюороз (рисунок 2).

Патология тканей пародонта выявлена у детей старше 10 лет: в группе 12- и 15-летних детей в виде кровоточивости (3,3%), пародонтальный карман обнаружен у 1%, зубные отложения – у 6,6% детей. У 52

детей отмечена потеря прикрепления десны, или рецессия десны, что составило 8,9%.

Обследование детей выявил и патологию слизистой оболочки полости рта в виде лейкоплакии (4,4%), стоматитов (0,3%), однако среди осмотренных особо распространенным оказался кандидоз (31,5%).

По локализации элементы поражения слизистой оболочки полости рта находились в области красной каймы губ – 46%, на языке – 31,5%, в области слизистой губ – 4,4% и на слизистой щек – 0,3%.

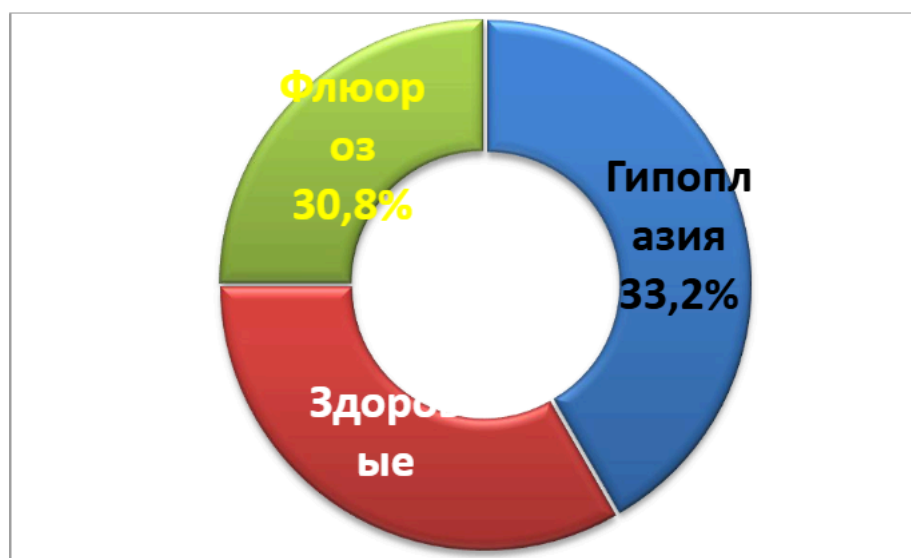


Рисунок 2 – Некариозные поражения зубов у детей

Таблица 2 - Патология пародонта

Кровоточивость	Наличие пародонтального кармана	Рецессия десны	Зубные отложения
3,3%	1%	8,9%	6,6%

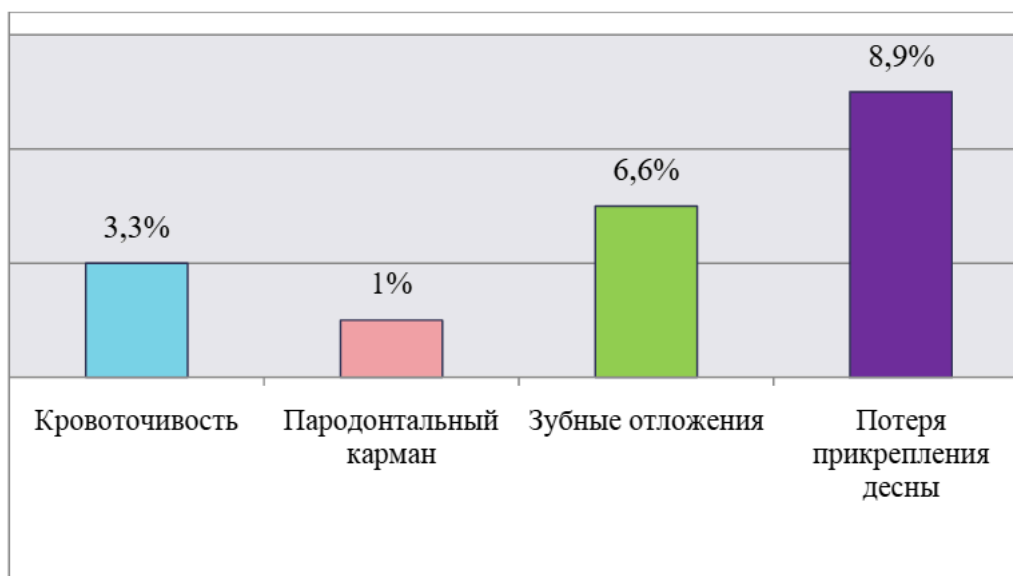


Рисунок 3 – Патология тканей пародонта

Таблица 3 – Заболевания СОПР

Патология СОПР	лейкоплакия	стоматиты		
Количество в %	4,4	0,3	31,5	
Локализация поражений СОПР	Красная кайма губ	язык	СОПР щек	
Количество в %	46	31,5	0,3	

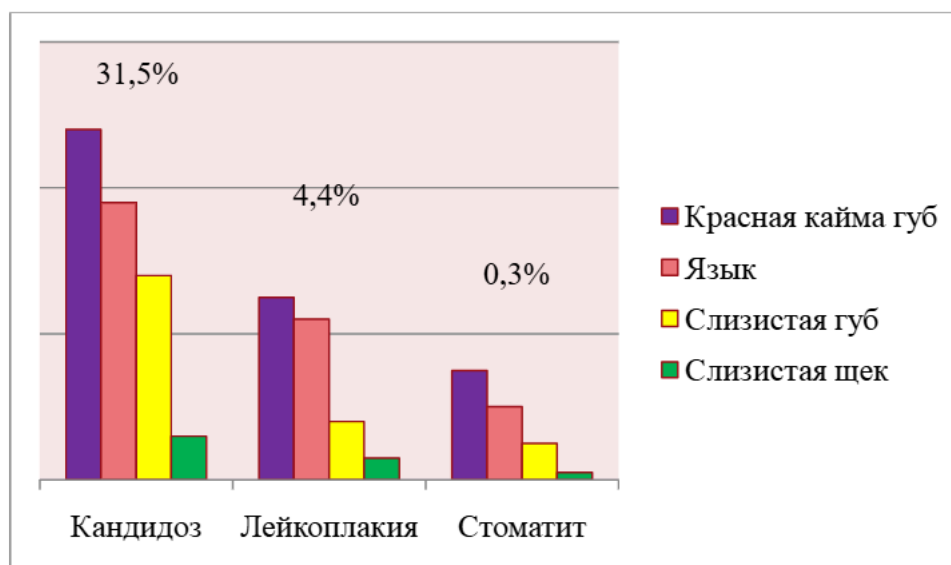


Рисунок 4 - Патология слизистой оболочки полости рта

Обследование Височно-нижнечелюстного сустава у детей выявил патологию в виде щелканья, хруста и болезненности в суставе у 2,0% всех осмотренных. Зубочелюстные аномалии в большинстве случаев представляла скученность зубов в резцовом сегменте – в 37,2% случаев. Нижнечелюстное перекрытие в 2-5 мм

обнаружено у 74 детей (12,5%); открытый прикус отмечен у 28 детей (4,8%), верхнечелюстное перекрытие – у 24 обследованных (4,2%), лишь в 2% случаев констатирован дистальный прикус. Вместе с тем у 45% обследованных детей выявлена патологическая диастема в 2-4 мм.

Таблица 4 – Зубочелюстные аномалии у детей

Скученность в резцовом сегменте	Нижнечелюстное перекрытие	Открытый прикус	Верхнечелюстное перекрытие	Дистальный прикус	Патологическая диастема
37,2%	12,5%	4,8%	4,2%	2%	45%

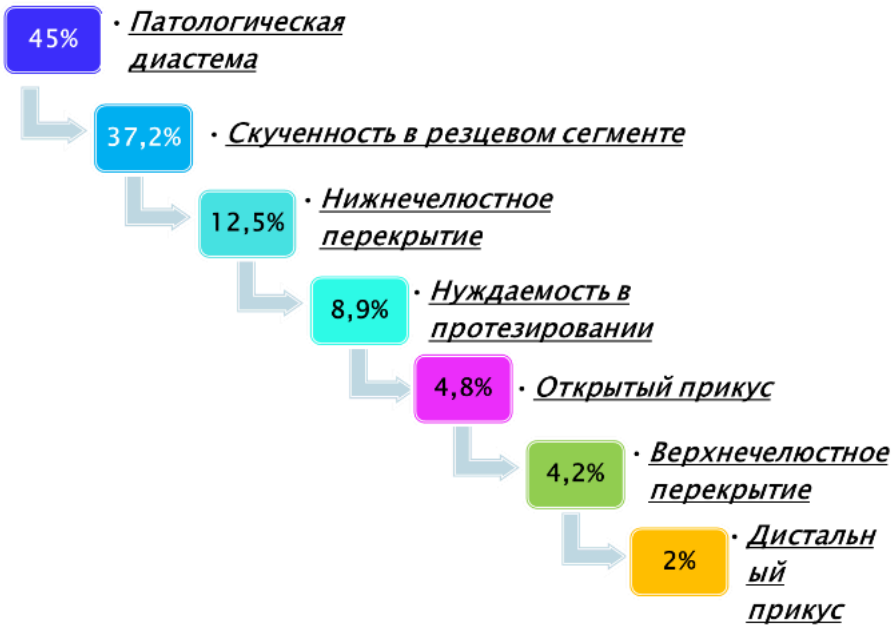


Рисунок 5 – Зубочелюстные аномалии у детей

Среди всех осмотренных 52 ребенка (8,9%) нуждались в протезировании по причине образовавшихся дефектов зубных рядов после удаления разрушенных кариозным процессом постоянных зубов.

В областном стоматологическом центре была проведена пресс-конференция с участием врачей-стоматологов г. Актау, представителей СМИ и телевидения, где обсуждались цели и задачи I этапа НТП. Были озвучены предварительные результаты обследования детей области: распространенность кариеса составляет более 90%, интенсивность в среднем 3,6. Выявлено большое количество зубочелюстных аномалий, аномалий слизистой оболочки полости рта – в 42% случаев зарегистрированы аномалии уздечек языка, губ у детей..

Было консультировано 15 детей с различными пороками челюстно-лицевой области, с состояниями послеоперационных осложнений. Организован мастер-класс для врачей-стоматологов по проведению герметизации, профилактического пломбирования зубов у детей и подростков. В настоящее время проводится тщательный анализ собранного материала по гигиене окружающей среды и состоянию стоматологического здоровья детей Мангистауской области. Планируется оформление и публикация 2-3 научных статей, выполнение 2 студентами стоматологического факультета НИРС.

Ведется анализ набранного материала, намечаются рекомендации по организации 2-го этапа НТП.

Заключение. Проведенный массовый скрининг детей ключевых возрастов выявил ситуацию по стоматологическому статусу детей Мангистауской области и определил, что распространенность кариеса зубов у детей составляет 96,5% и интенсивность кариозного процесса равна 3,9. Часты некариозные поражения твердых тканей зубов в виде гипоплазии (33,2%) и флюороза (30,8%). У детей широко распространены зубочелюстные аномалии в виде нарушения прикуса, положения зубов – 37,2%. Потеря постоянных зубов у детей отмечена в 8,9% случаев. По данным постоянного мониторинга за санитарно-гигиеническими условиями в детских и подростковых учреждениях из 465 обследованных объектов детских и подростковых учреждений не соответствовавших СанПиН было 2 (0,4%).

Опыт проведенной экспедиции показал, что организованный научный проект выявил проблемы в организации стоматологической помощи детскому населению данного региона. В последующие 2 года проект будет продолжен, планируется оказать практическую помощь и детям, и врачам-стоматологам

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кенесариев У.И., Утесинов Б.Б. Гигиеническая оценка качества атмосферного воздуха нефтегазовых регионов Мангистауской области //Вестник Казахского национального медицинского университета. - Алматы: 2007. – №1. – С.14-17.
2. Предельно допустимые концентрации (ПДК) загрязняющих веществ в атмосферном воздухе населенных мест. ГН 2.1.6.695-98. РК№3.02.036.99. Минздрав России. – М.: 1998.
3. Технический регламент «Требования к безопасности питьевой воды для населения». Утвержден постановлением Правительства РК от 13 мая 2008 года №456. - Астана: 2008.
4. Санитарные правила «Санитарно-эпидемиологические требования к водоемным объектам, хозяйственно-питьевому водоснабжению, местам культурно-бытового водопользования и безопасности водных объектов. Утверждено постановлением Правительства РК №104 от 18.01.2012.

Г.Т. ЕРМУХАНОВА, М.К. АМРИН, Р.Б. НУРЛЫ, З.Р. КАМИЕВА, Г.А. ЕРМУХАНОВА, Г.С. КИСМЕТ
Маңғыстау облысының қоршаған орта және балалар стоматологиялық денсаулығының деңгейі

Түйін: Балалар стоматолог-дәрігерлерінің ұсынысы бойынша Маңғыстау облысының қаражатына осы аймақтың балаларының стоматологиялық денсаулығының мәселелеріне арналған ҒТЖ құрылды. Балалардың стоматологиялық денсаулығы мен қоршаған ортаның жағдайы зерттелген.

Түйінді сөздер: қоршаған орта, балалар, стоматологиялық денсаулық, жалпы жағдай, Маңғыстау облысы, тістер, тісжегі

G.T. VERMUKHANOVA, M.K. AMRIN, R.B. NURLY, Z.R. KAMIEVA, G.A. ERMUKHANOVA, G.C. KISMET
THE LEVEL OF ENVIRONMENT AND THE DENTAL STATUS OF CHILDREN OF MANGISTAU OBLAST

Resume: On the initiative of pediatric dentistry NTP was organized on Mangistau oblast financial means, it was related to the problems of children's dental health of this region. The state of the dental status of children, environmental factors were examined.

Keywords : environment, children, dental status, physical health, Mangystau region, teeth, caries.

УДК 616.31-502-053.2(574.1)

М.К. АМРИН, Г.Т. ЕРМУХАНОВА, К.С. МАШЫРЫКОВ, Р.Б.НУРЛЫ, А.Б. ЖУМАЖАНОВА

Кафедра общей гигиены и экологии,
Модуль стоматологии детского возраста КазНМУ,
ДГСЭН по Мангистауской области

ОКРУЖАЮЩАЯ СРЕДА РЕГИОНОВ МАНГИСТАУСКОЙ ОБЛАСТИ В СВЕТЕ ИХ ВОЗМОЖНОГО ВЛИЯНИЯ НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ДЕТЕЙ

В Мангистауской области по программе НТП проводились гигиенические исследования по изучению факторов окружающей среды. Планируется рассмотреть корреляционную зависимость состояния стоматологического статуса детей данного региона от негативных факторов окружающей среды.

Ключевые слова: Мангистауская область, окружающая среда, факторы, дети, стоматологический статус, соматическое здоровье

Актуальность. Мангистауская область расположена в юго-западной части Республики Казахстан. По данным Государственного комитета по земельным отношениям и землеустройству она занимает территорию 170,5 тыс.км². Область является крупным промышленным регионом. Здесь добывается 25% нефти Казахстана. По ее территории проходит нефтепровод Актау - Жетыбай - Узень. Основные промышленные центры – Актау, Жанаозен, Форт-Актау, Жетыбай. Актау и Баутино являются морскими портами.

В основном социально-экономическое развитие Мангистауской области формируется в неблагоприятных природно-климатических условиях (дефицит пресной воды, бедные в плодородном отношении почвы, постоянное колебание уровня Каспийского моря), которые создают специфику развития социальной сферы и характер расселения населения.

Территория области расположена в пределах Прикаспийской низменности и плато Мангистау. С запада омывается Каспийским морем. Береговая линия изрезана слабо, имеются небольшие песчаные косы и прибрежные острова, заливы.

С запада область омывается Каспийским морем - побережье выдается на западе в виде п-ова Мангышлак с глубокими заливами Комсомолец, Мангышлакский, Казахский, Кендерли. В Каспийском море - Тюленьи острова. В северной части с обширными солончаками расположена на Прикаспийской низменности, южную часть занимают горы Мангыстау, плато Устюрт, Мангышлак и Кендерли-Каясанское. Несколько впадин лежат ниже уровня моря, в том числе самая низкая точка Казахстана - впадина Карагие на полуострове Мангышлак (132 м).

Большая часть территории Мангистауской области занята полынно-солончаковой пустыней с участками кустарниковой растительности на бурых почвах: поверхность частично покрыта солончаками, такыровидными солонцами и песками с крайне редкой растительностью.

Климат области резко-континентальный, крайне засушливый. Осадков выпадает около 100-150 мм в год. Средняя температура воздуха в январе понижается в направлении с юго – юго-запада (-3°C) на северо – северо-восток (-10°C). Абсолютный минимум температуры воздуха (годовой) в западной части области, смягченной влиянием Каспийского моря, составляет -26°C, в восточной части области -34°C.

Средняя температура воздуха в июле повышается по мере удаления от Каспийского моря, в западной части территории области температура воздуха в июле составляет (+25°C), в восточной части – (+28°C). Абсолютный максимум составляет соответственно в западной части – (+43°C), в восточной части – (+47°C). Абсолютная максимальная температура воздуха в г. Актау составляет +41°C.

Весна с переходом средней суточной температуры воздуха через (+5°C) начинается на юге области с 10-15 марта, на севере – с 20-31 марта. Осень, соответственно, на юге и юго-западе области наступает позднее 10 ноября, на севере области – с 20 по 31 октября.

Продолжительность периода со средней суточной температурой воздуха выше 10°C составляет на большей части территории Мангистауской области от 180 до 200 дней в году [1,2].

В регионе не установлены причины, оказывающие влияние на заболеваемость и смертность населения, особенно детского. Не проведены исследования по определению факторов, влияющих на стоматологическое здоровье детского населения. До настоящего времени не проводились целенаправленные исследования по изучению стоматологического здоровья детей, проживающих в Мангистауской области [3].

Результаты исследований. Состояние окружающей среды Мангистауской области.

Качество атмосферного воздуха. Господствующими направлениями ветра по г. Актау являются восточными и юго-восточными (19%), в районе месторождения «Каламкас» эти направления составляют от 18 до 28%.

В области находится 110 объектов, имеющих организованный выброс в атмосферный воздух, в том числе городских – 80, сельских – 30.

Ведущими загрязнителями окружающей среды являются отрасли нефтедобывающей, нефтеперерабатывающей и газовой промышленности, строительных материалов, автомобильный транспорт.

Самыми крупными источниками загрязнения атмосферы являются ОАО «Мангыстаумунайгаз», ПФ «Узеньмунайгаз», ЗАО «Интергаз Центральная Азия», ЗФ НКТН «КазТрансОйл», АО «Каражанбасмунай».

Из общего объема загрязнения атмосферного воздуха на долю предприятий Мангистауской области до 91% выбросов приходится на долю предприятий, работающих в нефтегазовом секторе

За последние годы в результате наблюдений было установлено, что в выбросах промышленных

предприятий области содержатся не более 35 вредных веществ, 13 из которых относятся к I и II классам опасности. С учетом имеющихся выбросов в атмосферу от промышленных предприятий и автотранспорта в

основных промышленных центрах области сократили перечень загрязняющих веществ до 35 по г. Актау и до 18 по г. Жанаозен.

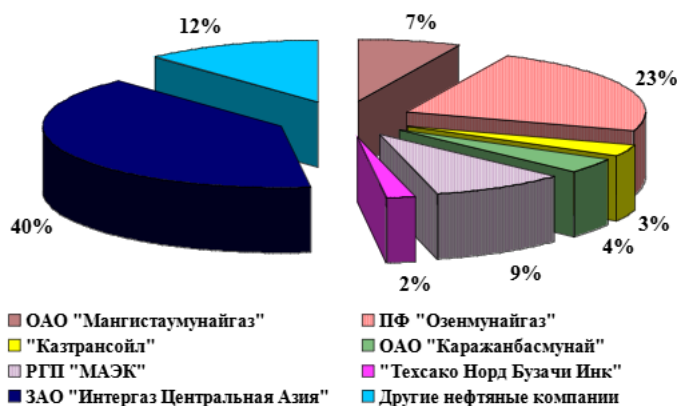


Рисунок 1 – Доля предприятий Мангистауской области в общем объеме выбросов загрязняющих веществ

В целях определения востребованности и экономической целесообразности проводимых анализов санитарно-химическими лабораториями ДГСЭН проведена корректировка определяемых ингредиентов, и определяются 29 ингредиентов, 13 из которых относятся к I и II классам опасности.

Промышленные предприятия, являющиеся источниками загрязнения атмосферного воздуха размещены за чертой селитебной зоны и имеют СЗЗ нормативных размеров.

В городе Актау отмечается низкий уровень загрязнения атмосферного воздуха. Индекс загрязнения атмосферы (ИЗА₅) составил 2,6. Средняя за год концентрация взвешенных веществ составила 1,6 ПДК. Содержание диоксида серы, оксида углерода, диоксида азота, углеводороды, аммиака и серной кислоты находились в пределах допустимой нормы.

Максимальная из разовых концентраций взвешенные вещества и суммарные углеводороды составила 2,1 ПДК, взвешенных веществ - 1,4 ПДК.

В 2011 года в сравнении с 2010 годом уровень загрязнения атмосферного воздуха в городе Актау, значительно не изменился.

На месторождениях Мангистауской области концентрация суммарного углеводорода находились в пределах 1,6-2,6 ПДК.

Максимальные концентрации взвешенных веществ, диоксида серы, оксида углерода, диоксида азота, аммиака, серной кислоты не превышали ПДК.

Концентрации всех определяемых загрязняющих веществ в атмосферных осадках по Мангистауской области, за исключением кадмия, не превышают предельно допустимые концентрации (ПДК).

Индекс загрязнения атмосферы был 1,9, что ниже средних показателей по республике.

Радиационный фон. По данным РГКП «Казгидромета» наблюдения за уровнем гамма излучения на местности осуществляются ежедневно на 2-х метеорологических станциях (Актау, Форт-Шевченко) и хвостохранилище Кошкар-Ата Мангистауской области.

Средние значения радиационного гамма-фона приземного слоя атмосферы по населенным пунктам

территории находились в пределах 0,06-0,15 мкЗв /ч и не превышали естественного фона. В последние годы уровень радиационного фона существенно не изменился.

Контроль за радиоактивным загрязнением приземного слоя атмосферы на территории Мангистауской области осуществлялся на 3-х метеорологических станциях (Актау, Форт-Шевченко, Жана Узень) путем отбора проб воздуха горизонтальными планшетами. На станциях проводился пятисуточный отбор проб.

Среднесуточная плотность радиоактивных выпадений в приземном слое атмосферы на территории области составила 1,3 Бк/м², что не превышает предельно-допустимый уровень. По сравнению с 2010 годам уровень плотности радиоактивных выпадений существенно не изменился.

Качество воды и водоснабжения. В Мангистауской области в качестве водоема I и II категории используется Каспийское море, куда сбрасываются сточные воды через 2 организованных выпуска предприятий РГП МАЭК г. Актау и АОЗТ «Баута» Тупкараганского района. Объекты имеют утвержденный норматив предельно-допустимого сброса (ПДС). Ежедневно через сбросные каналы ТЭЦ-1, ТЭЦ-2 (РГП МАЭК) и АОЗТ «Баута» производится выброс в количестве 1604418 м³/сут. Превышение ПДС не наблюдалось.

В области находятся 3 водозабора морской воды РГП МАЭК и завода АОЗТ «Баута», где производится забор воды с целью приготовления питьевой воды с помощью дистилляционно-опреснительной установки.

Контроль качества морской и сточных вод ведомственными лабораториями (РГП МАЭК, АОЗТ «Баута») и лабораториями санэпидслужб г. Актау и Тупкараганского района.

Качество воды водоемов по г. Актау по химическому составу не соответствует гигиеническим нормам в 6,25%, что в 3 раза выше областного показателя (2,5%). Это связано с антропогенным влиянием городской территории (смыв дождевых и талых вод).

В Мангистауской области находится 23 объекта водоснабжения. Обеспеченность населения области водопроводной водой составляет 70,1 % (табл.1).

Децентрализованным водоисточником пользуется 12,1% населения, а привозной водой 5,75%. В среднем на одного жителя городских поселений удельное водопотребление составляет 180-200, тогда как в 200 г было 124. На селе оно составило 70-90, а в 2000 г - 44.

В настоящее время не отвечающих санитарным требованиям 5 объектов водоснабжения (21,7%):

- водопровод «Кияхты-Каламкас-Каражанбас» г. Актау
- водопровод «Актау-Курык» Каракиянского района
- водопровод «Астрахань-Мангышлак» Бейнеуского района
- водопровод «Уштаган» Мангистауского района
- водопровод «Шаир» Мангистауского района.

В водопроводе «Астрахань-Мангышлак» отсутствует комплекс очистных сооружений, а в водопроводах «Актау-Курык» (Каракиянский район), «Кияхты-Каламкас-Курык» (Каракиянский район), «Кияхты-Каламкас-Каражанбас» (г. Актау) нет обеззараживающих установок. Водопроводы «Шаир», «Уштаган» Мангистауского района требуют проведения ремонтных работ.

На всех объектах водоснабжения проведена очистка, дезинфекция и промывка сетей резервуаров для хранения воды. Обеспеченность объектов водоснабжения жидким хлором и реагентами удовлетворительное и составляет 80%. Фторирование питьевой воды проводится в РГП «МАЭК» г. Актау, запас фтористого натрия достаточный.

В 2005 году в г. Актау был также построен и введен в эксплуатацию другой опреснительный завод «Каспий», на основе технологии обратного осмоса, с производительностью 60 тыс.м³/сут. Есть опреснительная станция в районе базы отдыха «Кендерли» производительностью 120 тыс.м³/сут.

Планируется приобрести опреснительную установку для г. Жанаозен.

Лабораториями санэпидслужбы области постоянно проводится исследование воды централизованных систем водоснабжения.

В 2011 г. по санитарно-химическим показателям исследовано 2787 проб, не соответствуют 40 (1,4%). В сравнении с 2000 г. удельный вес нестандартных проб по физико-химическим показателям уменьшился на 13% (в 2000 г. исследовано 1466 проб, не соответствует 211 или 14,4%). Качество воды улучшилось по органолептическим показателям и содержанию железа за счет регулярной подачи воды в основном по г. Актау.

По микробиологическим показателям исследовано 3104 проб, из них не соответствуют 8 (0,26%). В сравнении с 2000 г. удельный вес нестандартных проб по микробиологическим показателям уменьшился на 0,54% (в 2000 г. исследовано 2456, не соответствуют 20 или 0,8%). 126 проб исследовано на коли-фаги, на патогенную флору 104 пробы, на вирусологические показатели 118 проб, не соответствующих проб нет (таблица 2).

Из децентрализованных систем водоснабжения исследовано по микробиологическим показателям 74, не соответствующих нет по физико-химическим показателям 76, не соответствуют 7 проб (таблица 2).

Таким образом, за последние годы заметно улучшилось качество питьевой воды из централизованных систем водоснабжения, процент проб по физико-химическим показателям снизился почти в 10,3 раза (с 14,4 до 1,4%), по

микробиологическим - процент несоответствия на низком уровне (0,54%).

Однако, в настоящее время в регионе наблюдается дефицит питьевой воды, что наглядно видно, на примере Мунайлинского района, где среднесуточное потребление населения водой составляет 16 л/сут при нормативе 120 л/сут.

Качество почвы. По данным РГКП «Казгидромет» в городе Актау, в пробах почвы, отобранных в различных районах, содержание кадмия находилось в пределах 0,2-0,6 ПДК, меди 0,4-1,1 ПДК, хрома 0,03 – 0,2 ПДК, свинца 0,3-1,2 ПДК, цинка в пределах 0,2 – 1,0 ПДК.

За весенний период превышения ПДК обнаружены на границе санитарно-защитной зоны автосалона «Каспий» по свинцу 1,2 ПДК, по меди 1,1 ПДК. В районе центральной дороги, на границе санитарно-защитной зоны ТЭЦ – 1, на территории школы №14 в 26 микрорайоне и на территории парка Акбота содержания всех определяемых тяжелых металлов не превышали допустимой нормы.

За осенний период превышения ПДК не наблюдалось. На всех точках на территории морпорта концентрация нефтепродуктов в воде достигала 0,007-0,015 %.

В апреле 2011 года на набережной СЭЗ (5, 7, 8 точки), в районе пограничного поста СЭЗ (6 точка) и на территории СЭЗ (9,10-ой точки) концентрация хрома (6+) находилось в пределах 1,6-2,6 ПДК, остальные определяемые примеси не превышают допустимую норму. В октябре 2011 года свинца не обнаружено, остальные определяемые примеси не превышают допустимую норму

По данным Государственного санитарно-эпидемиологического надзора Мангистауской области от общего числа исследованных проб почвы не соответствовавших стандарту по санитарно-химическим, гельминтологическим, на личинки мух и пестицидам несоответствий не обнаружено. По бактериологическим показателям не соответствовало гигиеническим нормативам 1,8% проб, таблица 3.

Качество пищевых продуктов. В 2011 г по области исследовано 8717 проб пищевой продукции, из них на санитарно-химические показатели – 4538, на микробиологические показатели - 4179. По санитарно-химическим показателям удельный вес проб, не соответствующих нормативам составил 0,7%. По микробиологическим показателям несоответствие составило 1,2%, из них на патогенную флору – 0%.

Исследования пищевых продуктов на содержание токсичных веществ и тяжелых металлов показали, что за 2009-2011 гг. случаев превышения ПДК не отмечалось.

Некачественные продукты, представляющие опасность для здоровья, по рекомендации ДГСЭН своевременно уничтожались.

Утилизация твердых и жидких отходов. На 2012 г по области имеется 7 канализационно-очистных сооружений: Наибольший удельный вес населенных пунктов, обеспеченных канализацией в г. Актау – 95% и Жанаозен – 85%.

На канализованных очистных сооружениях г. Актау (КОС-1) проведены реконструкция и капитальный ремонт, КОС «Каражанбасмунай» – проводится реконструкция.

Обеззараживание сточных вод в КОС-1 и КОС РГП МАЭК (г. Актау) проводится жидким хлором, а в остальных – сухой хлорной известью. Обеззараживающая установка

«Лони» в КОС «Каражанбас» не функционирует. Обеспеченность КОС хлорсодержащими средствами составляет 80% от потребности. Проводится постоянный ведомственный производственно-лабораторный контроль за соблюдением технологии и за качеством сточной воды.

По данным ДГСЭН Мангистауской области исследовано по физико-химическим показателям – 101, проба сточных вод из них не соответствует предельно-допустимым сбросам (ПДС) – 1 (0,9%) проб по взвешенным веществам, по микробиологическим показателям исследовано – 224, не соответствует 51 (22,8%) по индексу ЛКП, на коли-фаги – 107, не соответствует – 44.

Всего по области за последние годы объем токсичных отходов производства накапливается от 40,5 до 51,8 тыс. тонн в год. Из них твердых – от 35,9 до 40,6 тыс. тонн, жидких от 0,4 до 2,2 тыс. тонн, пастообразных – от 2,4 до 10,4 тыс. тонн и радиоактивных – от 0,0 до 0,4 тыс. тонн. Все токсичные отходы производства полностью обезвреживаются. Объем твердых бытовых отходов накапливается по области от 131150 до 298000 м³, жидких - от 171490 до 250700 м³.

Наибольший объем отходов накапливается в г. Актау: твердых – от 154000 до 172000 м³, жидких – 21490 м³; г.

Жанаозен – соответственно: 49000-54000 м³ и 132000-170000 м³. В городах отходы утилизируются в полном объеме плано-регулярной системой очистки, в районах очистка территории осуществляется по плано-заявочной системе.

В Каспийское море поступают сточные воды от 2-х организованных выпусков (РГП МАЭК г.Актау) и АОЗТ «Баута» Тупкараганского района, которые соответствуют нормативам ПДС. Сброс хозяйственно фекальных сточных вод г.Актау прекращен в 2001 году.

Государственный санитарно-эпидемиологический надзор за детскими и подростковыми организациями ДГСЭН Мангистауской области проводится постоянный мониторинг за детскими и подростковыми организациями. По ее данным в 2011 г из 510 объектов детских и подростковых учреждений обследовано 465. Из них не соответствовавших СанПиН было 2 (0,4%). Несоответствие нормативам по калорийности блюд было в 0,9% (2 из 220), пробам воды на микробиологические показатели – 0,57% (5 из 880), смывам – 5,8% (355 из 6087), микробиологическим показателям пищевых продуктов – 0,69% (10 из 1440), освещенности – 2% (160 из 8017), электро-магнитным полям – 2,4% (115 из 4764), микроклиматическим условиям – 3,5% (155 из 4466), шуму – 1,15% (1 из 87).

Таблица 1 - Обеспеченность населения питьевой водой и удельное среднесуточное водопотребление в Мангистауской области

Наименование территории	Всего населения	Обеспеченность питьевой водой										удельное водопотребление	
		водопроводной				децентрализованных водосточников	открытых водоемов (арыков)		привозной		город	село	
		открытый водосточник		подземный водосточник			кол-во населения	%	кол-во населения	%			
		кол-во населения	%	кол-во населения	%								
Всего	544584	370170	68,0	77617	14,3	65472	12,1	0	0	31325	5,75	180-200	70-90
в т.ч.													
города	281798	268272	95,0	11672	4,20	0	0,00	0	0	1854	0,7	180-200	
районы	262786	101898	38,8	65945	25,2	65472	25,1	0	0	29471	11,2		70-90

Таблица 2 - Государственный санитарно-эпидемиологический надзор за объектами водоснабжения и качеством питьевой воды

Объекты водоснабжения	Обследовано объектов, единиц	Исследовано проб воды на:								
		санитарно-химические показатели, единиц		микробиологические показатели, единиц			цисты лямблии, единиц			
		исследовано проб	из них не соответствуют нормативам	исследовано проб	в т.ч. не соответствуют нормативам	индекс колифагов	исследовано проб	в т.ч. положительные	исследовано проб	в т.ч. положительных
1. Водопроводы, всего, единиц	21	2787	40	3104	8	232	0	13	0	
в том числе:										
1.1. водопроводы городских поселений	3	732	18	739	1	18	0	4	0	
1.2. водопроводы сельских поселений	16	1591	10	1579	7	177	0	3	0	
1.3. групповые водопроводы	2	464	12	786	0	37	0	6	0	
2. Объекты децентрализованного водоснабжения (колодцы, родники, артскважины без разводящей сети)	19	119	11	118	0	43	0	0	0	

Таблица 3 - Государственный санитарно-эпидемиологический надзор за состоянием почвы в Мангистауской области

Наименование территории	Исследовано проб почвы на:											
	Санитарно-химические показатели, единиц		Бактериологические показатели, единиц				яйца гельминтов, единиц		личинки и куколки мух, единиц		пестициды, единиц	
	Исследовано проб	из них не соответствуют нормативам	Исследовано проб на колититр	из них не соответствуют нормативам	Исследовано проб на титр термофилов	из них не соответствуют нормативам	Исследовано проб	обнаружены яйца гельминтов	Исследовано проб	обнаружены личинки и куколки мух	исследовано проб	из них с превышением ПДК
А	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Всего:	128	0	392	7	392	0	1129	10	0	0	57	0
в том числе:												
1.1. детские площадки, детские оздоровительные организации	37	0	234	7	234	0	787	10	0	0	10	0
1.2. зоны санитарной охраны водозаборных сооружений	30	0	96	0	96	0	287	0	0	0	45	0
1.3. зоны рекреации	61	0	62	0	62	0	55	0	0	0	2	0

Таблица 4 - Государственный санитарно-эпидемиологический надзор за детскими и подростковыми организациями

Наименование объектов	число объектов, единиц	Из них обследовано, единиц	Число объектов не соответствующих СанПиН, единиц	исследовано блюд на калорийность, единиц	из них не соответствующих нормативам, единиц	исследовано проб воды на микробиологические показатели, единиц	из них не соответствующих нормативам, единиц	исследовано мывов, единиц	из них положительных, единиц	исследовано проб пищевых продуктов на микробиологические показатели, единиц	из них не соответствующих нормативам, единиц
1. Всего	510	465	2	220	2	880	5	6087	355	1440	10
в том числе:											
1.1. общеобразовательные школы	123	123	1	95	0	275	2	783	28	232	2
1.5. детские дошкольные организации	138	138	1	90	0	360	1	2671	139	552	7

Наименование объектов	проведено замеров освещенности, единиц	из них не соответствуют нормативам, единиц	проведено замеров ЭМП, единиц	из них выше ПДУ, единиц	проведено замеров микроклимата, единиц	из них не соответствуют нормативам, единиц	проведено замеров шума, единиц	из них не соответствуют нормативам, единиц
1. Всего	8017	160	4764	115	4466	155	87	1
в том числе:								
1.1. общеобразовательные школы	4812	113	4342	110	2319	110	40	1
1.5. детские дошкольные организации	2281	16	89	0	1663	43	46	0

В период первой научной экспедиции в трех населенных пунктах области было осмотрено 595 детей: 149 детей в возрасте 6 лет, 141 – в возрасте 10 лет, 116 – в возрасте 12 лет и 192 ребенка в возрасте 15 лет. Проведенные в период организованной научной экспедиции исследования стоматологического статуса детей ключевых возрастов 3 регионов Мангистауской области выявил, что кариес зубов составил 96,5%

распространенности, интенсивность – 3,9. Причем повсеместно высокая распространенность отмечается у детей в возрасте 15 лет – от 92% до 94%. Уровень стоматологического здоровья оказался выше у детей, проживающих в г.Актау: в школе работает и ведет санацию полости рта врач-стоматолог. Самая большая интенсивность отмечена у детей в возрасте 6 лет, проживающих в г.Новый Узень и составила 6 (таблица 5).

Таблица 5 – Распространенность и интенсивность кариеса зубов у детей Мангистауской области

Населенные пункты	Ключевые возраста	количество	Распространенность	интенсивность
Актау	6 лет	53	92,7%	3,9
	12 лет	60	84%	2,3
	15 лет	21	84,6%	3,4
Новый Узень	6 лет	41	92,6%	6
	12 лет	41	87,8%	3,1
	15 лет	59	94,9%	4,1
Мунайлы	6 лет	55	89%	5,4
	12 лет	50	86%	2,6
	15 лет	52	92,3%	3,6
Итого		595	89,3%	3,8

Закключение. В Мангистауской области за последние годы отмечена тенденция снижения количества выбросов вредных веществ (почти в 1,5 раза). Концентрации всех определяемых загрязняющих веществ в атмосферных осадках по Мангистауской области, за исключением кадмия, не превышают предельно допустимые концентрации (ПДК). Индекс загрязнения атмосферы был ниже средних показателей по республике.

Средние значения радиационного гамма-фона приземного слоя атмосферы по населенным пунктам территории находились не превышали естественного фона.

За последние годы заметно улучшилось качество

питьевой воды из централизованных систем водоснабжения, процент проб по физико-химическим показателям снизился почти в 10,3 раза (с 14,4 до 1,4%), по микробиологическим - процент несоответствия на низком уровне (0,54%). Суммарные показатели загрязнения водопроводной питьевой воды не превышает единицу (0,19-0,89) и качество воды характеризуется как допустимое. Однако, в настоящее время в регионе наблюдается дефицит питьевой воды, что наглядно видно, на примере Мунайлинского района, где среднесуточное потребление населения водой составляет 16 л/сут при нормативе 120 л/сут. От общего числа исследованных проб почвы не

соответствовавших стандарту по санитарно-химическим, гельминтологическим, на личинки мух и пестицидам несоответствий не обнаружено. По бактериологическим показателям не соответствовало гигиеническим нормативам 1,8% проб

Исследования пищевых продуктов на содержание токсичных веществ и тяжелых металлов показали, что случаев превышения ПДК не отмечалось. Некачественные продукты, представляющие опасность для здоровья, по рекомендации ДГСЭН своевременно уничтожались.

По данным постоянного мониторинга за санитарно-гигиеническими условиями в детских и подростковых учреждениях из 465 обследованных объектов детских и подростковых учреждений не соответствовавших СанПиН было 2 (0,4%). Большой дефицит питьевой воды вполне мог сказаться и на состоянии твердых тканей зубов у детей, так как качественный состав воды имеет прямое влияние на состояние зубов. Гигиеническое содержание полости рта зависит от качества не только используемых гигиенических средств,

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Кенесариев У.И., Утесинов Б.Б. Гигиеническая оценка качества атмосферного воздуха нефтегазовых регионов Мангистауской области //Вестник Казахского национального медицинского университета. - Алматы: 2007. – №1. – С.14-17.
- 2 Предельно допустимые концентрации (ПДК) загрязняющих веществ в атмосферном воздухе населенных мест. ГН 2.1.6.695-98. РК№3.02.036.99 .Минздрав России. – М.: 1998.
- 3 Ермуханова Г.Т., Амрин М.К., Нурлы Р.Б., Камиева З.Р., Ермуханова Г.А., Кисмет Г.С. Уровень окружающей среды и стоматологического статуса детей Мангистауской области // Вестник КазНМУ. – 2013. – С.56-57

М.Қ. АМРИН, Г.Т. ЕРМУХАНОВА, Қ.С. МЫШЫРЫҚОВ, Р.Б.НҰРЛЫ, А.Б. ЖҰМАЖАНОВА
МАҢҒЫСТАУ ОБЛЫСЫНЫҢ ҚОРШАҒАН ОРТА ФАКТОРЛАНЫНЫҢ БАЛАЛАР
СТОМАТОЛОГИЯЛЫҚ ДЕНСАУЛЫҒЫНА ӘСЕРІ

Түйін: Маңғыстау облысында ҒТЖ бағдарламасы бойынша қоршаған орта факторларын гигиеналық зерттеулер өткізілді. Болашақта осы маңайдың балалар стоматологиялық денсаулығының жағдайына қоршаған ортаның жағымсыз факторларының әсерін қарастыру жоспарлануда.

Түйінді сөздер: Маңғыстау облысы, қоршаған орта, факторлар, балалар, стоматологиялық денсаулық, жалпы денсаулық

M.K. AMRIN, G.T. YERMUKHANOVA, K.S. MASHYRYKOV, R.B. NURLY, A.B. ZHUMAZHANOVA
THE IMPACT OF ENVIRONMENT OF REGIONS OF MANGISTAU OBLAST ON DENTAL STATUS OF CHILDREN

Resume: Accerting to NTP programme in Mangistau region hygiene study on environmental factors was conducted .It is planned to correlation dependence of the dental status of children in this region of negative environmental factors.

Keywords: Mangystauregion, environment, factors, children,dental status, physical health.

УДК 616-006.311:616-002.17-085-053.2

Г. Т. ЕРМУХАНОВА, А.С. БЕКМУХАМЕТОВ, Д.К. ДАУТОВ, Е.К. МАШЫРЫКОВ,
Б.А. СУТТИБАЕВ, М.Т. КЫЗГАРИН

Модуль стоматологии детского возраста КазНМУ

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ РЕБЕНКА С ГЕАНГИОМОЙ МЕТОДОМ СКЛЕРОЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ТРОМБОВАРОМ

В условиях детской стоматологической поликлиники проведено лечение ребенка с врожденной простой гипертрофической формой гемангиомы методом склерозирующей терапии тромбованием. Курс лечения состоял из 5 сеансов, в результате которых отмечены остановка роста и максимальное склерозирование опухоли. Ведется лечение по рассасыванию рубцов. Наблюдение за ребенком велось совместно с врачами-интернами.

Ключевые слова: *ребенок, гемангиома, веко, простая гипертрофическая, врожденная, склерозирующая терапия, тромбование*

Актуальность. Гемангиомы у детей — наиболее часто встречающиеся доброкачественные сосудистые опухоли, которые составляют более 50% всех опухолей в детском возрасте [1,2].

Обычно гемангиомы обнаруживаются сразу же после рождения или в первые три месяца жизни ребенка. Дети в возрасте до 1 года составляют около 70-80%, а половина из них приходится на детей до 6-месячного возраста. Именно в этот период жизни детей с гемангиомами отмечается бурный рост гемангиом, впоследствии этот процесс замедляется, за исключением сложных гемангиом. В нашей клинике среди всех детей с гемангиомами в 88,9% случаев опухоли носили врожденный характер. Подавляющее большинство родителей первое появление сосудистых образований отмечали в первые три месяца жизни ребенка (74,6%).

Несмотря на свою доброкачественность, гемангиомы отличаются быстрым прогрессирующим ростом. Разрастаясь, они разрушают окружающие ткани и наносят ребенку значительный косметический ущерб. В первую очередь это относится к гемангиомам лица и головы. При локализации гемангиом на веках, ушной раковине, носу, а также на слизистой оболочке ротовой полости, помимо косметических проблем, могут возникать чисто физиологические - в виде нарушений некоторых функций (зрение, слух, дыхание). Поэтому можно сказать, что гемангиомам присущи некоторые черты клинически злокачественного течения.

Материал и методы исследований. За медицинской помощью обратились родители с 6-месячным ребенком из г.Тараз по направлению участкового врача-педиатра по поводу опухолевого образования в области правого нижнего века. Было проведено УЗИ, гематологическое исследование. Установлен диагноз – Врожденная

простая гипертрофическая гемангиома правого нижнего века, назначено лечение в амбулаторных условиях в городской детской стоматологической поликлинике г.Алматы.

Нами в клинике ранее был апробирован препарат французского производства тромбование фирмы Promedica[3,4]. Химически представляет из себя раствор сульфата содлама-тетрадецила, который, в свою очередь, состоит из 2-метил-, 7-этиландецил, 4 сульфата и 2% бензилового спирта; выпускается в виде 3% раствора по 2 мл в ампуле, в упаковке 10 ампул. Препарат обладает выраженным склерозирующим действием на сосудистые образования с минимальной реакцией окружающих мягких тканей. Это средство первоначально внедрено в сосудистую хирургию для лечения варикозно расширенных вен.

Результаты исследований. Ребенок Е. в возрасте 6 месяцев от роду, от второй беременности, 2-е роды. Беременность протекала без отклонений, роды состоялись в срок и без осложнений. В месячном возрасте родители отметили появление точечного пятна в латеральном углу правого нижнего века, которое быстро увеличивалось. За помощью впервые обращались в 2-месячном возрасте ребенка, проводилось лечение, которое результатов не дало, а 2-месячный перерыв в лечении привел к резкому росту опухоли.

На момент обращения у ребенка в возрасте 6 месяцев отмечалось опухолевое образование размером 3,0x1,0x1,0 см, красного цвета, безболезненное, тестоватой консистенции, с положительным симптомом сжатия и наполнения (рис.1).



Рисунок 1 – Б-й Е., 6 мес. с Врожденной простой гипертрофической формой гемангиомы нижнего правого века. Состояние до начала лечения

Лечение проводилось в амбулаторных условиях. Обычно инъекции тромбовара безболезненны, но, учитывая, что процедура вкола и первоначальное впрыскивание раствора доставляет неприятные ощущения, тромбовар набирался в шприц с 2 % раствором лидокаина. Тем самым одновременно снижалась концентрация 3 % тромбовара до соотношения 1:1. Предварительная подготовка пациентов заключалась в том, что кроме запроса сведения участкового педиатра об общем состоянии всего организма, проводились гематологические исследования с акцентом на количество тромбоцитов и свертываемость крови. Обычно первая дозировка инъекции – от 0,5 до 2 мл тромбовара, при повторных инъекциях при каждом сеансе прогрессивно увеличивается общая дозировка препарата, которая однако не должна превышать 10 мл за один сеанс.

Инъекции тромбовара проводились в пределах здоровых тканей, игла веерообразно продвигалась в толщу опухоли. При поверхностно расположенных образованиях использовали инсулиновый шприц, которым удобно инфильтрировать мелкие капилляры на поверхности опухоли. Концентрация вводимого раствора зависела от глубины залегания гемангиомы: чем глубже она располагалась, тем выше концентрация тромбовара. На 1 см² площади поверхности опухоли выпускался от 0,5 до 1,0 мл раствора. После сеанса введения лекарства непременно накладывалась давящая повязка. Проводилось ультразвуковое исследование нижнего правого века в КазНИИ глазных болезней (г.Алматы). Заключение В левом и правом глазных яблоках отмечены: набухания нет, хрусталиковый сигнал в типичных местах, патологических эхосигналов нет. Новообразование нижнего века – Гемангиома (рисунок 2).

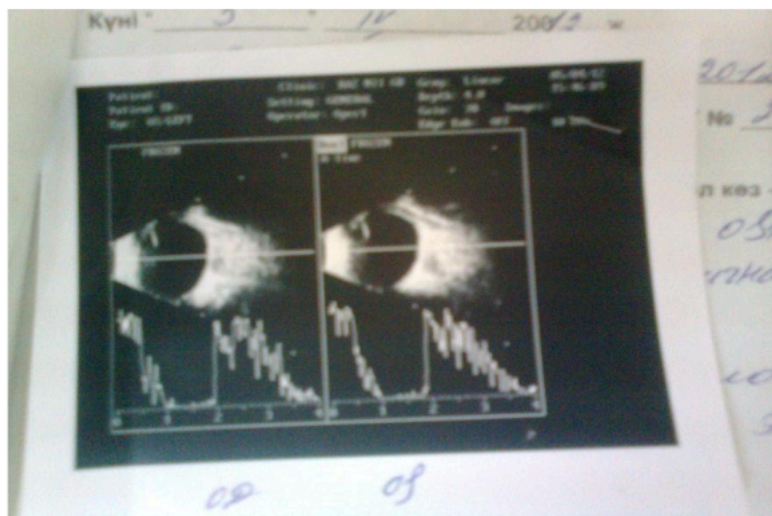


Рисунок 2 – УЗИ простой гипертрофической формы гемангиомы нижнего правого века у б-го Е., 6 мес.

Гематологическое исследование. Анализ крови б-го Е., 3 мес. от 29.06.2012: гемоглобин -112, эритроциты -3,6, цветной показатель -0,85, тромбоциты - 240,0, лейкоциты - 4,0, свертываемость крови - 4 мин.

Лечение проводилось в амбулаторных условиях, в городской детской стоматологической поликлинике г.Алматы. Обычно инъекции тромбовара безболезненны, но, учитывая, что процедура вкола и первоначальное впрыскивание раствора доставляет неприятные ощущения, тромбовар набирался в шприц с 2 % раствором лидокаина. Тем самым одновременно снижалась концентрация 3% тромбовара до соотношения 1:1. Предварительная подготовка пациента заключалась в том, что кроме запроса сведения от участкового педиатра об общем состоянии всего организма, проводились гематологические исследования с акцентом на количество тромбоцитов и свертываемость крови. Обычно первая дозировка инъекции - от 0,5 до 1 мл тромбовара, при повторных инъекциях при каждом сеансе прогрессивно увеличивается общая дозировка препарата, которая однако не должна превышать 10 мл за один сеанс в зависимости от размеров опухолевой ткани.

Инъекции тромбовара проводились в пределах здоровых тканей, игла веерообразно продвигалась в толщу опухоли. При поверхностно расположенных образованиях использовали инсулиновый шприц, которым удобно инфильтрировать мелкие капилляры на поверхности опухоли. Концентрация вводимого раствора зависела от глубины залегания гемангиомы: чем глубже она располагалась, тем выше концентрация тромбовара. На 1 см² площади поверхности опухоли выпускался от 0,5 до 1,0 мл раствора. После сеанса введения лекарства непременно накладывалась давящая повязка.

Ребенку с гемангиомой назначена склерозирующая терапия тромбоваром в поликлинических условиях. Первоначально установлена переносимость организмом данного препарата, для чего было введено в нижнюю часть опухоли 0,5 мл тромбовара, разведенного в 1 мл 2% лидокаина. Реакция оказалась отрицательной.

Больной проведено 5 сеансов склеротерапии тромбоваром в течение 4 месяцев. Стабилизация роста опухоли была отмечена уже после 1-го сеанса, явные признаки обратного развития отметились на 3 сеансе (рисунок 3,4).



Рисунок 3 – Б-й Е., 8 мес. с Врожденной простой гипертрофической формой гемангиомы нижнего правого века; на этапе лечения

На момент последнего осмотра в области всего нижнего правого века наблюдается картина после отпадения струпа, кожа в этой области розового цвета, 2 точечных пятна по краям века, пальпаторно отмечаются

незначительные рубцовые участки (рисунок 4). Для рассасывания рубцов ребенку был назначен массаж мазью Контрактубекс по схеме в течение 1 мес.



Рисунок 4 – 6-й Е., 9 мес. с Врожденной простой гипертрофической формой гемангиомы нижнего правого века; состояние после отпадения последнего струпа

Заключение. Таким образом, клиническая ситуация с ребенком с Врожденной простой гипертрофической гемангиомой правого нижнего века, находившегося на лечении методом склерозирующей терапии, доказала, что тромбовар оказывает выраженное склерозирующее воздействие на гемангиому, способствуя её эффективному обратному развитию посредством склерозирования гемангиоматозной ткани. В сравнении с

другими склерозантами курс лечения с применением тромбовара, состоявший из 5 сеансов, позволил сократить продолжительность лечения от 6-7 мес до 4 мес. При выраженном склерозирующем лечебном свойстве тромбовар избирательно воздействовал на ткань сосудистой опухоли и позволил избежать каких-либо осложнений.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Клиническая классификация доброкачественных органов ЛОР-органов / Антонив В.Ф., Ришко Н.М., Попадюк В.И., Пронченко С.В. // Вестн. оториноларингол. – 2001. - №4. – С.24-27.
- 2 Краковский Н.И., Таранович В.А. Гемангиомы (Диагностика и лечение). – М.: Медицина, 1974. – 174 с.
- 3 Ермуханова Г.Т. Применение тромбовара в лечении гемангиом челюстно-лицевой области у детей: Пути развития стоматологии в современных условиях (Материалы I (IV) съезда стоматологов Казахстана). - 1998г. - С.387-388
- 4 Ермуханова Г.Т., Түлетаев А.А., Сиырбай С.Д., Дугушева Г.А. Результаты лечения детей с гемангиомами лица тромбоваром // Проблемы стоматологии. – 2002. - № 3. – 100 с.

Г.Т. ЕРМУХАНОВА, А.С. БЕКМУХАМЕТОВ, Д.Қ. ДАУТОВ, Е.Қ. МАШЫРЫҚОВ, Б.А. СҮТТІБАЕВ, М.Т.ҚЫЗҒАРИН
ГЕМАНГИОМАСЫ БАР БАЛАНЫ ТРОМБОВАРДЫ ҚОЛДАНУМЕН БЕРІШТЕУШІ ӘДІСІМЕН ЕМДЕУ ТӘЖІРИБЕСІ

Түйін: Балалар стоматологиялық емхана жағдайында Туа пайда болған жай гипертрофикалық гемангиомасы бар бала емделді. Емдеу уақыты 5 кезеңнен тұрған, оның нәтижесінде науқас емделді. Осы науқасты емдеп қадағалауға дәрігер-интерндер тікелей қатысты.

Түйінді сөздер: бала, гемангиома, қасы, жай гипертрофикалық, туа пайда болған, беріштеуші терапия, тромбовар

G.T. YERMUKHANOVA, A.S. BEKMUKHAMETOV, D.K. DAUTOV, E.K. MASHYRYKOV, B.A. SUTTIBAIEV, M.T.KYZGARIN
THE EXPERIENCE IN TREATMENT CHILD WITH HEMANGIOMA BY SCLEROTHERAPY WITH TROMBOVAR

Resume: In children's dental clinic there have been the treatment of child with congenital hypertrophic simple form hemangioma by sclerotherapy with trombovar. The course of treatment consists of 5 sessions, as a result there have been stunting and maximum hardening of the tumor. There is the resorption of scar treatment. The observation of the child was conducted in conjunction with physicians interns.

Keywords: a child, a hemangioma, an eyelid, simple hypertrophic congenital, sclerotherapy, trombovar

УДК 616.314-027.812:623/7

Г.Б.ИЗТЕЛЕУОВА

Клиника «Академия здоровья»

ТРАВМЫ В СТОМАТОЛОГИИ

(клинический случай)

В данной статье приведен клинический случай из практики у больной с диагнозом «Неполный вывих 21, 22 зубов со смещением в полость рта. (вывих средней тяжести латеральная люккация)», которой проведено шинирование без депульпирования, т.е. своевременное оказание профессиональной помощи и инструктажу в данной ситуации больной, дает возможность сохранению сосудисто-нервного пучка без эндодонтических вмешательств.

Ключевые слова: Вывих, пульпа, периодонт, сосудисто-нервный пучок, периодонтальная связка

Пациентка В. Л. 56 лет 6 июля 2012 года обратилась в клинику с жалобами на болезненность, кровоточивость, подвижность верхних фронтальных зубов. Из анамнеза вечером в 23.00 она получила уличную травму (упала с велосипеда). В травм пункте после обследования врачом травматологом был поставлен диагноз «Закрытый перелом левой плечевой кости со смещением». Ей там был наложен гипсовый лангет. Так как в травм пункте не было врача стоматолога травмы полости рта ограничили лишь обработкой раствором фурацилина. Со слов пациентки в этот же день изо рта шла кровь в течении 2 часов, отмечалась болезненность и подвижность зубов.

Из анамнеза пациентка состоит на учете у эндокринолога, сахарный диабет второго типа

инсулинозависимая. Сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь.

При клиническом исследовании отмечается смещение коронки 21 и 22 зубов в сторону полости рта (рис.№ 1, 2, 3 а,б), болезненность при пальпации, чувствительность на касание, при перкуссии металлический звук, отечность, гиперемия десны, разрыв слизистой оболочки с вестибулярной стороны, гематома в проекции этих зубов и на верхней губе, подвижность зубов 21 и 22. Рот полуоткрыт. Электровозбудимость пульпы поврежденных зубов снижена. Рентгенологическая картина отражает направление и степень смещения поврежденных зубов, периодонтальная щель неравномерна на всем протяжении.

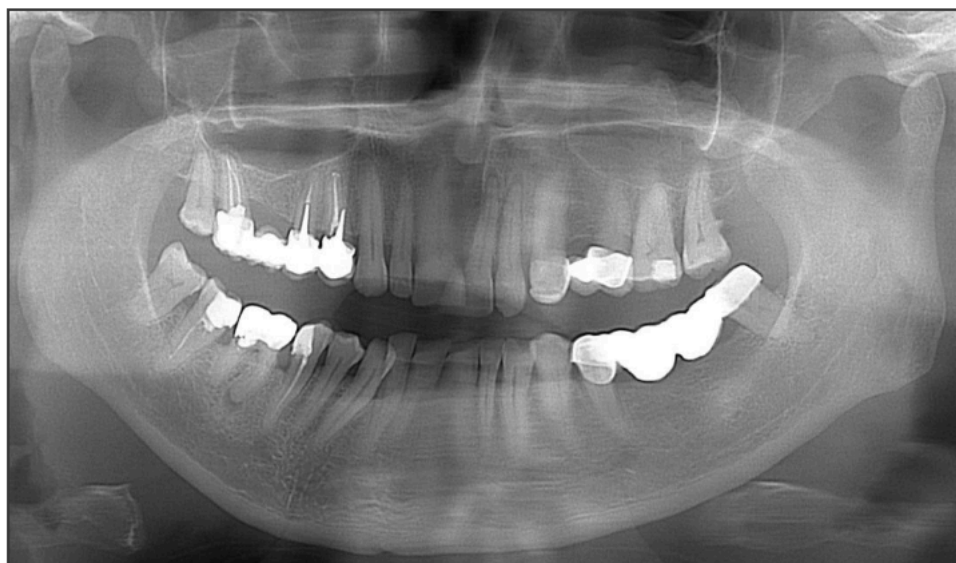
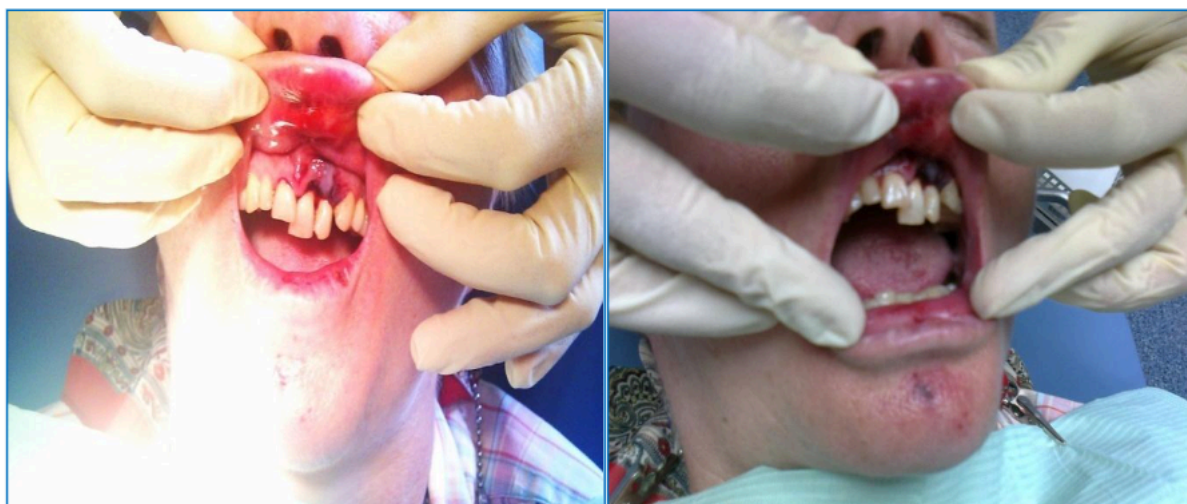


Рисунок 1 - Ортопантомограмма пациентки В. В день обращения в клинику



Рисунок 2 - Внешний вид пациентки В. В день обращения



А)

Б)

Рисунок 3 - (а), (б) клиническая картина полости рта пациентки В

Диагноз: Неполный вывих 21, 22 зубов со смещением в полость рта. (вывих средней тяжести латеральная люккация).

Лечение: Под проводниковой анестезией пальцевым способом была проведена репозиция поврежденных (вывихнутые) зубов. С целью иммобилизации наложена шина Connect (рис.№ 4, 5) и была назначена противовоспалительная терапия, препараты кальция.

Сахар в крови и артериальное давление находились под контролем.

Примечание: никаких проверок карманов не производилось.

Были даны рекомендации:

1. Мягкая диета.
2. После каждого приема пищи чистить только мягкой щеткой.
3. В первые 7 дней полоскать раствором хлоргексидина.



Рисунок 4 - После наложения шины Connect в день обращения

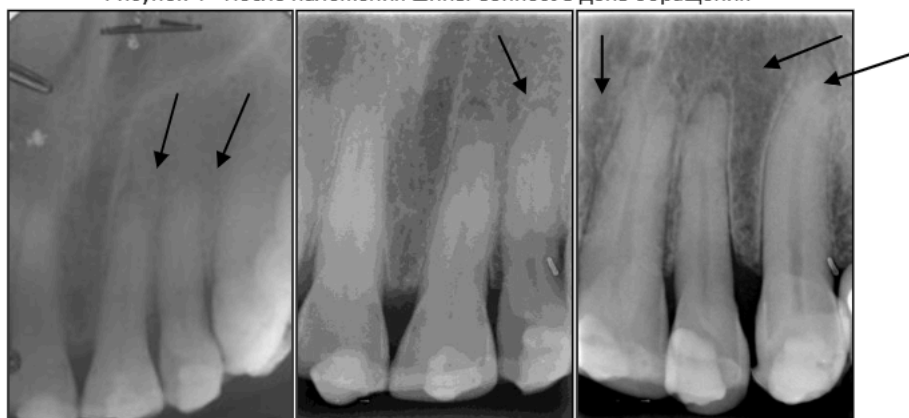


Рисунок 5 - Внутривитальные рентген снимки после наложения шины Connect (стрелками указаны верхушки поврежденных зубов)

В течении 10 дней наблюдали за состоянием пульпы этих зубов. Пульпа оставалась жизнеспособной. ЭОД дал фальшивый ответ, холодовая проверка 50% фальшивого ответа, рентгенологические признаки однозначно

запаздывали, после перкуссии. Эффект экранирования скрывал что происходит. Без анестезии был проведен дрель тест бором №330 на витальность зубов, что дало положительный результат.



Рисунок 6 - Клиническая картина этой пациентки через 10 дней после лечения



А) Б)
Рисунок 7 - Клиническая картина этой пациентки через 21 день после лечения

Пациентка наблюдалась в течении 2 месяцев, был проведен рентгенологический контроль травмированных зубов, где отмечалась полное восстановление периодонтальной связки. Через 8 недель шина была снята, отмечалось полное восстановление

травмированных зубов, перкуссия безболезненна, слизистая, вокруг травмированных зубов полностью восстановлена, отмечается незначительная рецессия 21,22 зубов (рис. 8 а, б, 9).



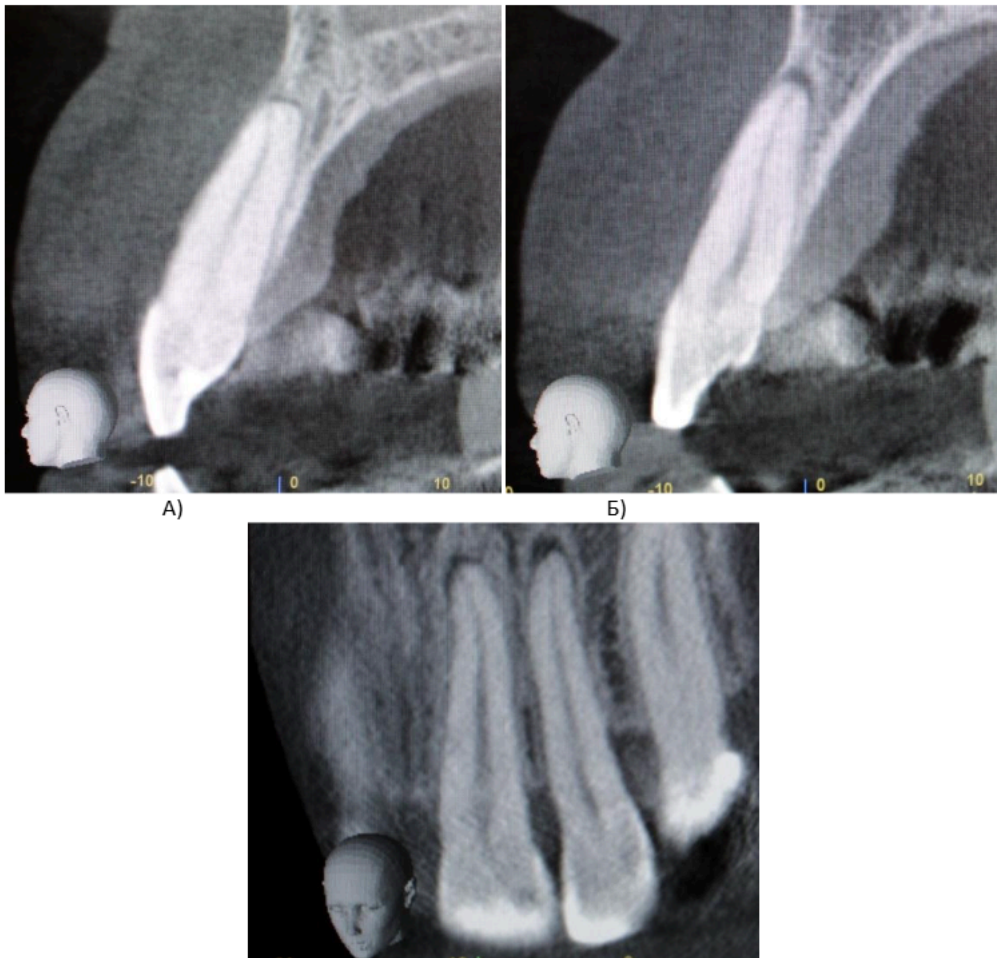
А) Б)
Рисунок 8 - Клиническая картина этой пациентки через 2 месяца. Состояние после снятия шины



Рисунок 9 - Ортопантомограмма пациентки В. Через 2 месяца.

Через семь месяцев январь 2013 года пациентка была приглашена на повторный осмотр. Был сделан 3Д-снимок (рис.10 а,б,в) , отмечается полное восстановление периодонтальной связки вокруг 21, 22 зубов. При клиническом наблюдении слизистая десны

бледно-розового цвета, перкуссия безболезненна, подвижности зубов нет (рис.№ 11 а,б). Зубы витальные, о чем свидетельствуют показания ЭОД 4-6 мкА и цвет коронковой части этих зубов. Пациентка взята под диспансерное наблюдение.



В)

Рисунок 10 - 3D снимок пациентки В. Через 7 месяцев после травмы. Клинические состояния А) 21 зуба, Б) 22 зуба, В) 21, 22 зубов во фронтальной проекции.

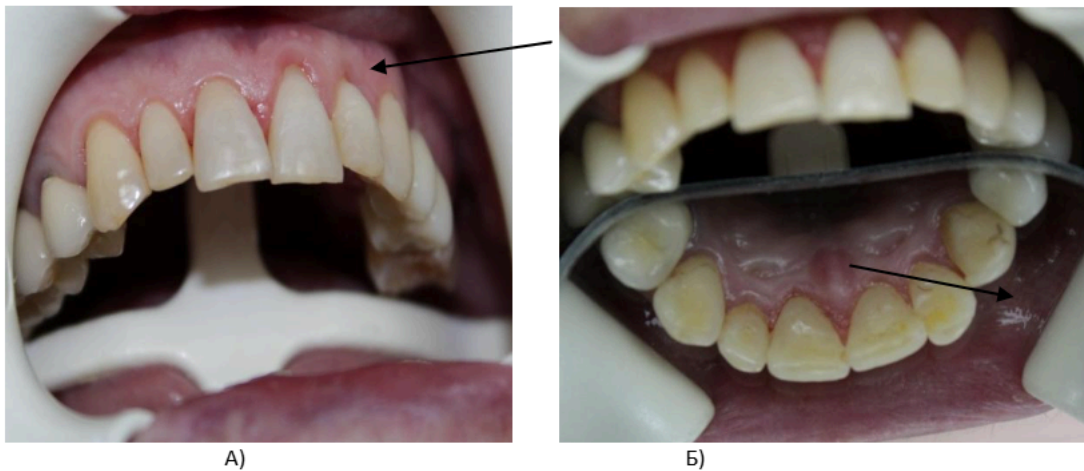


Рисунок 11 - Клиническая картина зубного ряда пациентки В. Через 7 месяцев.

Таким образом, ранее обращение пациентов при травмах зубов средней тяжести и своевременно оказанное профессиональное лечение дает

возможность сохранению сосудисто нервного пучка (пульпы) и периодонта зуба без эндодонтических

вмешательств. На что указывает наше клиническое наблюдение.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 «Атлас по амбулаторной хирургической стоматологии» Дэвид О. Макгован. – М: 1999. - С. 50-52.
- 2 Smile Dental Journal/ Desember 2010. – Volume 56. – Issue 4.
- 3 «Атлас по детской хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии». – М.: 2011г. – С. 25-27.

Түйін Мақалада тәжірибеден алынған клиникалық жағдай берілген «2.1,2.2 тістердің жартылай шығуы ауыз қуысында ығысумен (орта ауырлықтағы шығу латеральды люксация)» диагнозымен науқас, шендеу ұлпаның алуынсыз жүргізілген заманауи кәсіби көмек көрсету және осы жағдайдағы берілген инструктаж, эндодонттық кірісуінсіз қан тамыр-нерв шоғырларын сақтап қалуға мүмкіндік береді.

Түйінді сөздер Шығу, ұлпа, периодонт, қан тамыр-нерв шоғыры, периодонтальды байлам

Resume This paper presents a clinical case study in a patient with a diagnosis of "partial dislocation 21, 22 offset teeth in the mouth. (dislocated moderate lateral lyuksatsiya) ", which provides a free depulpirovaniya splinting, ie The timely delivery of professional help and coaching in this situation, the patient, allows the preservation of the neurovascular bundle without endodontic procedures.

Keywords Dislocation, pulp, periodontium, the neurovascular bundle, periodontal ligament

УДК 616.314.1.

Э.А. МАСЮКОВА

Центральная клиническая больница МЦ УДП РК (стоматологическое отделение)

ПРИМЕНЕНИЕ ПАСТЫ «ЛЕДЕРМИКС» ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ КАРИЕСА

В статье описаны результаты эндодонтического лечения пастой «Ледермикс» 64 пациентов с глубоким кариесом и осложненными его формами, которые показали, что данный комбинированный препарат обладает выраженным противовоспалительным действием и обеспечивает быстрый обезболивающий эффект, в большинстве случаев наступающий сразу после нанесения пасты.

Ключевые слова: глубокий кариес, острый очаговый пульпит, травматический пульпит, острый периодонтит, обострение хронического периодонтита.

Кариес и его осложнения неблагоприятно действуют на функцию пищеварения, психо-эмоциональную сферу, снижают резистентность организма к действию инфекционных и других факторов, приводят к сенсбилизации организма [1].

Лечение заболеваний пульпы, периодонта и эндодонтическая подготовка зуба к восстановлению его структуры и функции является важнейшей частью стоматологии. Современные технологии позволяют сохранить уникальную анатомическую структуру зуба, и зуб как орган [2].

В настоящее время в стоматологической практике при лечении пациентов с осложненными формами кариеса применяется паста «Ледермикс» (производства Riemer) – высокоэффективная комбинация антибиотика (демеклоциклина) и глюкокортикоида (триамциналона) [3,4].

Цель – оценка эффективности лечения пациентов с осложненными формами кариеса пастой «Ледермикс».

Материалы и методы. В отделении стоматологии ЦКБ МЦ УДП РК под наблюдением находилось 64 пациента, получавших лечение пастой «Ледермикс». Все пациенты предъявляли жалобы на острую или постоянную зубную боль, усиливающуюся при накусывании или по ночам, снижение аппетита, плохой сон. При обследовании с целью уточнения диагноза была выявлена следующая патология: глубокий кариес – 15 пациентов, острый очаговый пульпит – 12 пациентов, травматический пульпит – 5 пациентов, острый периодонтит – 18 пациентов, обострение хронического периодонтита - 14 пациентов.

«Ледермикс» использовался нами как базовый эндодонтический препарат, так как бактериостатический антибиотик широкого спектра действия демеклоциклин, входящий в состав пасты, эффективен в отношении микрофлоры при пульпите и периодонтите, а триамцинолон - фторированный глюкокортикостероид - обладает выраженным антиаллергическим, противоотечным и противовоспалительным свойствами.

Для проведения эндодонтической подготовки зуба к восстановлению его структуры и функции паста наносилась в кариозную полость после препарирования

и обработки мягкими растворами антисептиков или непосредственно на вскрытый рог пульпы.

Результаты. При лечении глубокого кариеса уменьшение болевого синдрома наблюдалось у всех пациентов на 1-ые сутки. У пациентов с острым очаговым пульпитом уменьшение болевого синдрома на 1-е сутки отмечалось у 9, на 2-е сутки - у 3-х больных, а противовоспалительный эффект отмечался во всех случаях на 2-е сутки. При травматическом пульпите, остром периодонтите и обострении хронического периодонтита купирование болевого синдрома отмечалось в течение первых 3-х часов у 31 (84%) пациентов, в течении 1-х суток – у 6 (16%) пациентов, а противовоспалительный эффект достигался во всех случаях на 2-е сутки.

Результаты эндодонтического лечения пастой «Ледермикс» пациентов с глубоким и осложненным кариесом показали, что данный комбинированный препарат обладает выраженным противовоспалительным действием и обеспечивает быстрый обезболивающий эффект, в большинстве случаев наступающий сразу после нанесения пасты. Подобный положительный момент оказывает неоценимую помощь врачу в тех случаях, когда неэффективны другие обезболивающие средства, такие как местные анестетики.

Таким образом, паста «Ледермикс» обеспечивает мощное противовоспалительное действие, непосредственно воздействуя как на этиологическую причину воспаления (бактериальную флору), так и на патологические ответные реакции организма (болевого синдром). При этом препарат отличается экономичностью и удобством применения. Такое подтверждение эффективности препарата позволяет широко использовать его в стоматологической практике и гарантирует успех эндодонтического лечения. Так, применение пасты «Ледермикс» позволяет улучшить качество лечения осложненных форм кариеса с целью подготовки зуба к восстановлению его структуры и функции и обеспечить максимальный комфорт для пациента.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Беер Р., Бауман М., Киельбаса А. Иллюстрированный справочник по эндодонтии // Под ред. Е.А.Волкова.– М.: Медпресс-информ. - 2006.- 175с.
- 2 Боровский Е.В. Ошибки эндодонтического лечения зубов// Клиническая эндодонтия.- М.: - 2003. - С.32-35.
- 3 Даммер П., Соловьева А.М. Анатомия корневых каналов. - М.: ДентАрт, 2003. - С.75-77.
- 4 Лямли Ф., Адамс Н., Томсон Ф. Практическая клиническая эндодонтия.- М.: Медпресс-информ, 2007. - С.17-23.

Э.А. МАСЮКОВА

АСҚЫНҒАН ТІСЖЕГІ ТҮРЛЕРІ БАР НАУҚАСТАРДЫ ЕМДЕУ КЕЗІНДЕ «ЛЕДЕРМИКС» ТІС ПАСТАСЫН ҚОЛДАНУ

Түйін: Мақалада терең тісжегісі және оның асқынған түрлері бар 64 емделушіге аталған аралас препараттың айқын асқынуға қарсы әрекеті және ауырсынуды жылдам басатын әсері бар, көбінесе тіс пастасын жаққан кезден бастап әсер ететіндігін көрсететін «Ледермикс» тіс пастасымен эндодонтикалы емдеу нәтижелері сипатталған.

Түйін сөздер: терең тісжегі, жіті ошақты пульпит, жарақатты пульпит, жіті периодонтит, созылмалы периодонтиттің күшеюі.

E.A. MASYUKOVA

TOOTHPASTE "LEDERMIKS" WHEN TREATING PATIENTS WITH COMPLICATED FORMS CARIES

Resume: The paper describes the results of endodontic paste "Ledermiks" 64 patients with deep cavities and complicated forms which showed that this combination drug has a pronounced anti-inflammatory effect and provides fast pain relief in most cases occurs immediately after printing.

Keywords: deep caries, acute focal pulpitis pulpitis traumatic, acute periodontitis, acute exacerbations of chronic periodontitis.

ТЕРАПИЯ

THERAPY

УДК 616.8-008.615-057.37.

А. К. ТОЛЕГЕНОВ

КГКП Поликлиника г.Сатпаев, Карагандинская обл.

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ

Артериальная гипертония (АГ) - одно из самых распространенных заболеваний. Распространенность АГ среди взрослого населения Казахстана составляет 24,3%. Она является одним из основных факторов риска развития инфаркта миокарда, острого нарушения мозгового кровообращения, сердечной недостаточности и смертности.

Общие сведения

К сожалению, лишь 48% больных знают о наличии у них заболевания АГ, около 30% получают лечение, и только 11% лечатся эффективно, то есть достигают целевых значений АД (доклад экспертов Научного общества по изучению АГ, Всероссийского научного общества кардиологов и Межведомственного совета по сердечно - сосудистым заболеваниям, 2000 г).

Установлено, что артериальной гипертонией страдают 20-30% взрослого населения. С возрастом распространенность болезни увеличивается и достигает 50-65 % у лиц старше 65 лет.

Гипертонию не случайно называют "тихим убийцей", так как заболевание часто протекает почти бессимптомно. Установлено, что 50% людей, имеющих повышенное артериальное давление, не знают о своем заболевании. Симптомы гипертонии часто сопровождаются головной болью, на которую не обращают внимания или совпадают с признаками обычного переутомления. Гипертония опасна серьезными, опасными для жизни осложнениями (мозговой инсульт, инфаркт миокарда, сердечная недостаточность), приводит к снижению памяти, ухудшению зрения и может сказаться на функции почек, вплоть до почечной недостаточности [1]. Все чаще артериальная гипертония поражает людей молодого возраста.

Согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения, оптимальным является давление в пределах 120/80 мм рт.ст. Регулярное повышение артериального давления до 140/90 мм рт.ст. и выше является тревожным симптомом, с которым необходимо обратиться к врачу [2].

Причины

Причины артериальной гипертонии остаются неизвестными в 90% случаев. Тем не менее, известны определенные факторы, увеличивающие риск развития артериальной гипертонии:

- возраст (с возрастом стенки крупных артерий становятся более ригидными, а из-за этого повышается сопротивление сосудов кровотоку, следовательно, повышается давление);
- наследственная предрасположенность;
- пол (чаще артериальной гипертонией страдают мужчины);
- курение;
- чрезмерное употребление алкоголя, соли, [ожирение](#), недостаточная физическая активность;
- чрезмерная подверженность стрессам;
- заболевания почек;
- повышенный уровень адреналина в крови;
- врожденные пороки сердца;
- регулярный прием некоторых лекарственных средств (например, по некоторым данным регулярный прием пероральных контрацептивов);
- поздние токсикозы беременных (осложнение течения [беременности](#)) [3].

Симптомы артериальной гипертонии

Повышение артериального давления может не сопровождаться никакими симптомами и выявляться случайно, при измерении артериального давления. В некоторых случаях возможно появление головной боли, головокружения, мелькания мушек перед глазами.

Осложнения

- инсульт;
- инфаркт;
- нарушения зрения;
- [сердечная недостаточность](#);
- почечная недостаточность.

Как известно, основные рекомендации по лечению артериальной гипертонии (АГ) создаются ведущими экспертами в сфере здравоохранения (European Society of Hypertension-European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension, Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure, 2003). Кроме того, ежегодные обновления, с одной стороны, и разработка национальных рекомендаций — с другой, обеспечивают наиболее реалистичный подход к лечению и профилактике АГ. Иллюстрацией может служить динамика публикаций рекомендаций по АГ в трех развитых странах немного более чем за 10 лет (рисунок 1).



Все вышеизложенное позволило снизить заболеваемость и смертность от ассоциированных с АГ патологий. Как показал метаанализ 14 крупных рандомизированных клинических исследований, только лишь снижение диастолического артериального давления (ДАД) на 5-6 мм рт.ст. уменьшает риск развития инсульта на 42% (Collins).

Патогенез.

Величина АД зависит от соотношения прессорных и депрессорных систем. К прессорным системам относятся: симпатико-адреналовая система (САС); РААС; система антидиуретического гормона – вазопрессина; система прессорных простагландинов (тромбоксан А2, ПГ F2a), система эндотелинов.

Циркулирующая плазменная РААС: в данном случае классический АПФ (10% от всего АПФ) контролирует преобразование ангиотензина I в АII . Тканевая локальная РААС: 90% всего АПФ находится в тканях , в том числе в эндотелии сосудов, сердце, почках . С другой стороны , альтернативные ферментативные процессы в периферических тканях контролируют преобразование 85% тканевого пептида АII. Именно поэтому специфическая блокада рецепторов АТ1 вызывает антигипертензивный и органопротективный эффект, обеспечивает вазодилатацию и антипролиферативное действие на клетки миокарда и сосудов.

К депрессорным системам относятся:

барорецепторы синокаротидной зоны аорты, калликреин – кининовая система, система депрессорных простагландинов (ПГ А, ПГ Д, ПГ Е2, простаглицлин I2), предсердный натрийуретический фактор, эндотелий-расслабляющий фактор (ЭРФ) - NO. При фармакологической блокаде АТ1- рецепторов с помощью АII стимулируются рецепторы АТ2, что препятствует ремоделированию сердца и сосудов.

При ЗАГ происходит нарушение оптимального взаимодействия прессорных и депрессорных систем, с преобладанием первой. Это приводит к увеличению натрийуреза, гиповолемии, повреждению эндотелия, пролиферации интимы сосудов. Все эти изменения сопровождаются дальнейшим выбросом вазоконстрикторов и еще большему повышению АД [4].

Клиника ЗАГ. Клинические проявления могут практически отсутствовать, однако чаще заболевание характеризуется быстрым (в течение нескольких дней) развитием и прогрессированием. У 2/3 больных наблюдаются головные боли и нарушение зрения, которые обычно появляются внезапно. Головные боли более интенсивны по утрам. Они часто проявляются тошнотой, рвотой, приступами судорог, расстройствами сознания (возбуждение, а затем угнетение сознания вплоть до комы).

Диагностика ЗАГ основана на анамнестических данных, объективном и инструментальном обследовании. Как правило, у большинства больных симптомы отсутствуют. Пароксизмы головной боли, потливость, тахикардия свидетельствуют в пользу феохромоцитомы. Заболевание почек или травма живота в анамнезе могут быть причинами ренальной гипертензии. Важным является уточнение в анамнезе приема оральных контрацептивов или глюкокортикоидов. При физикальном обследовании обращает на себя внимание кушингоидная внешность, увеличение щитовидной железы, абдоминальный шум при аускультации сосудов, указывающий на стеноз почечной артерии, малый пульс на бедренных артериях при коарктации аорты.

У всех больных ЗАГ необходимо провести следующие исследования:

Измерение окружности талии, бедер, взвешивание. Аускультацию в нескольких положениях и по ходу сосудов. Измерение АД на обеих руках, ногах (для оценки коарктации аорты). Суточный мониторинг имеет преимущества диагностики перед одноразовым измерением АД. Общеклинический анализ крови. Биохимический анализ крови (определение концентрации глюкозы, холестерина, триглицеридов, кальция, калия, креатинина, мочевины), калий сыворотки определяют вне приема диуретиков (гипокалиемия подозрительна на гиперальдостеронизм или стенозе почечной артерии). Анализ мочи общий. ЭКГ (гипертрофия левого желудочка - свидетельство длительного течения АГ). Осмотр глазного дна. УЗИ магистральных сосудов. УЗИ щитовидной железы.

Если скрининг выявил отклонения, то для установления специфических диагнозов, необходимы следующие обследования:

УЗИ почек (поражение паренхимы почки); цифровая вычислительная ангиография, внутривенная пиелография, почечная ангиография, определение активности ренина в плазме крови, взятой из почечной вены (стеноз почечной артерии); определение ренина плазмы и уровня альдостерона в крови и моче (первичный гиперальдостеронизм (синдром Кона); тест с дексаметазоном, УЗИ надпочечников (синдром Кушинга); сбор суточной мочи для определения концентрации катехоламинов, метанефринов и ванилилминдальной кислоты (феохромоцитомы); эхокардиография, аортография, рентгенограмма грудной клетки (узурь ребер на дистальной части дуги аорты указывают на коарктацию аорты [5].

Лечение.

Современная концепция лечения АГ ставит своей целью не только снижение уровня АД, но и снижение уровня суммарного сердечно-сосудистого риска, обусловленного наличием факторов риска, поражений органов-мишеней (ПОМ), ассоциированных клинических состояний (АКС), усугубляющих течение заболевания и ухудшающих прогноз. Это достигается благодаря комплексному подходу к лечению, включающему немедикаментозные, медикаментозные, хирургические и детоксикационные методы.

Принципы немедикаментозного лечения:

Нормализация массы тела.

Ограничение употребления алкоголя.

Повышение физической активности.

Ограничение потребления поваренной соли.

Адекватное потребление К, Mg, Ca.

Прекращение курения.

Ограничение употребления животных жиров

Медикаментозное лечение.

Уровень АД 160/100 мм. Hg и выше требует назначения комбинации ААП. Принципы комбинированного лечения .

Принцип 1. Учитывая сложный, гетерогенный характер развития ЗАГ, в большинстве случаев необходимо проводить комбинированную терапию, включающую лекарственные средства, воздействующие на различные звенья ее патогенеза

Второе. Применение препаратов нескольких классов уменьшает риск осложнений АГ в органах-мишенях

Третье. При назначении одного ААП могут включаться компенсаторные контррегуляторные механизмы. Так, назначение тиазидных диуретиков может стимулировать секрецию ренина, а повышение активности РААС уже ослабляет антигипертензивную функцию диуретиков. При назначении ИАПФ возрастает секреция альдостерона, что приводит к задержке натрия и воды, активации САС, повышению ОПСС. Добавление к лечению спиронолактона нивелировало неблагоприятные нейрогормональные изменения ИАПФ. Четвертое. Комбинация ААП не является механическим сложением терапевтических эффектов ААП, а приводит к потенцированию эффекта каждого компонента. Пятое. Комбинация ААП в уменьшенных терапевтических дозах снижает вероятность появления токсического побочного эффекта. Шестое. Комбинации ААП дают

продолженный эффект. Седьмое. Комбинированная терапия позволяет достигнуть целевого давления 140/90 и ниже. Восьмое. Комбинации препаратов дают возможность воздействовать на ассоциированные клинические состояния - сахарный диабет, ХСН, ИБС. Девятое. Комбинация ААП обеспечивает плавное снижение и устойчивое сохранение АД в течение суток.

К основным группам лекарственных средств, применяемых при лечении ЗАГ, относятся.

1. Диуретики.

2. ИАПФ.

3. Антагонисты кальциевых каналов - АКК.

4. Бета-адреноблокаторы - БАБ.

5. Блокаторы ангиотензин II рецепторов - БРА.

ААП этих классов обладают выраженным антигипертензивным действием, их применение приводит к достоверному снижению риска развития сердечно-сосудистых событий по данным крупных рандомизированных исследований.

При проведении индивидуальной фармакотерапии необходимо учитывать величину и характер повышения систолического и диастолического АД, частоту сердечного ритма, состояние центральной гемодинамики, функции почек, конституцию больного, характер и длительность проводимой лекарственной терапии и, конечно, сопутствующие заболевания.

На первом этапе АД снижают не более чем на 25 % от исходного уровня. Затем, если позволяет состояние больного и отсутствуют признаки преходящего нарушения мозгового и коронарного кровообращения, почечной недостаточности - снижают до целевого уровня [6].

Больные ЗАГ имеют нарушенные механизмы ауторегуляции в жизненно важных органах, главным образом, - в мозге и почках. Поэтому неадекватное снижение АД у таких больных может привести к серьезным, опасным для жизни осложнениям. Для уменьшения АД при данной патологии оказывается неэффективным применение одно- и двухкомпонентной схем лечения. Поэтому сразу используют комбинации из трех или четырех групп препаратов

ААП препараты различных классов могут комбинироваться, если:

1- имеют различные и дополняющие друг друга механизмы действия,

2- эффект комбинации препаратов выше эффективности любого ее компонента,

3- комбинация имеет благоприятный профиль переносимости,

4 -дополнительные механизмы действия компонентов минимизируют их индивидуальные побочные эффекты,

5-имеют индифферентную биодоступность. 6- имеют разные пути элиминации для разгрузки почек.

Следующие комбинации препаратов доказали свою эффективность и хорошую переносимость:

1/ диуретик, b - адреноблокатор, ИАПФ;

2/ диуретик, антагонист кальция, ИАПФ;

3/ b - адреноблокатор, диуретик, антагонист кальция,

4/ b - адреноблокатор, диуретик, антагонист кальция, ИАПФ.

Рассмотрим потенциально значимые тройные лекарственные комбинации:

1/Диуретики + бета-блокаторы + антагонисты кальция.

Здесь диуретик потенцирует гипотензивные эффекты БАБ

и ИАПФ. Больным до 55 лет не рекомендуется одновременно назначать диуретики и БАБ ввиду вероятности появления инсулинорезистентности.

2/Диуретики + антагонисты кальция + ингибиторы АПФ: потенциально благоприятная комбинация при лечении больных с гипертонией и сахарным диабетом, у которых имеется ИСГ либо ЗАГ. Индапамид не вызывает инсулинорезистентности. Комбинация индапамида и АКК снижает внутриклеточную концентрацию кальция, повышает синтез ПГ E2 и простаглицлина эндотелием сосудов, оказывает синергическое натрийуретическое действие, вызывает эффект нейрогуморальной блокады. Квинаприл обладает самой высокой способностью подавлять тканевый АПФ и действует 24 часа. Именно поэтому квинаприл обладает самой высокой активностью восстанавливать дисфункцию эндотелия.

3/Антагонисты АТ1-рецепторов + антагонисты кальция + диуретики (индапамид). Эта тройная комбинация может помочь достичь целевых уровней АД (<130/85 мм рт. ст.) у больных ЗАГ, имеющих сахарный диабет 2 типа или у больных с ИСГ [7,8,9,10].

4/Ингибиторы АПФ + антагонисты альфа-адренорецепторов + агонисты имидазолиновых рецепторов: потенциально благоприятная комбинация при лечении больных ЗАГ и сахарным диабетом, а также больных с метаболическим синдромом, особенно при наличии противопоказаний или плохой переносимости альфа-блокаторов.

5/Ингибиторы АПФ + антагонисты кальция + бета-блокаторы: потенциально благоприятная комбинация при лечении больных АГ и ИБС. Здесь АКК дополняют антиишемический, антиангинальный, антиаритмический эффекты БАБ. Результаты ACCOMPLISH исследования

говорят о том, что комбинация антагонистов кальция с ингибиторами АПФ имеет хорошие перспективы более широкого применения в клинической практике. Можно предполагать, что такая комбинация может быть особенно востребованной в лечении больных ЗАГ в сочетании с ИБС.

Специфичность лечения ЗАГ обусловлена поражением органов – мишеней (ПОМ). В связи с этим проводится коррекция коронарной, цереброваскулярной и почечной недостаточности.

Необходимо учитывать взаимодействие АПФ с лекарствами из других групп. Анализ данных литературы, касающихся результатов рандомизированных контролируемых исследований, свидетельствует о значительном ослаблении вазодилатирующего, натрийуретического и кардиопротективного эффектов ИАПФ при совместном назначении с неселективными НПВС - индометацином и аспирином у больных АГ, ХСН и ОИМ за счет подавления ЦОГ-1. Терапия НПВС повышает АД в среднем на 5 мм Hg, преимущественно ДАД. Взаимодействие ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента с нестероидными противовоспалительными средствами. 2002. Это может наблюдаться даже у нормотоников за счет механизма подавления системного и локального внутрипочечного синтеза простагландинов. В некоторых исследованиях показано ослабление благоприятных эффектов ИАПФ при совместном назначении с селективными ингибиторами ЦОГ-2. НПВС также нивелируют эффективность БАБ и диуретиков, за счет подавления простагландин-зависимых реакций. Сочетание НПВС и АКК нейтральное. Препарат кетопрофен наиболее рациональный в применении у больных АГ [11,12].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Андреев А.Н., Белокрынички В.И. Гипертонические кризы. Методические рекоменд. — Н. Новгород: 2001. — 59 с.-
- 2 Арабидзе Г.Г. Гипертонические кризы: классификация, диагностика осложнений, лечение // Кардиология. — 2004. — №10.
- 3 Белков С.А., Чернов А.П. Гипертонические кризы // Московский медицинский журнал. — 2003. — №3. — С. 29-32.
- 4 Голиков А.П. Кризы при гипертонической болезни вчера и сегодня // Consilium medicum. — 2004. — Т. 10, №3.
- 5 Гусев Е.И., Скворцова В.И., Стаховская Л.В., Киликовский В.В., Айриян Н.Ю. Эпидемиология инсульта в России // Consilium medicum. — 2003. — №3. — С. 22-25.
- 6 Задонченко В.С., Белякова Т.И. Лечебная тактика при гипертонических кризах // Российский кардиологический журнал. — 2008. — № 4. — С. 5-12.
- 7 Кобалава Ж.Д., Котовская Ю.В. Артериальная гипертония 2000: ключевые аспекты диагностики, дифференциальной диагностики, профилактики, клиники и лечения / Под ред. члена-корреспондента РАМН, профессора Моисеева В.С. — М.: Р/А «Форте АРТ», 2001. — 208 с.
- 8 Мидова М.М. Гипертонические кризы — особенность эпидемиологии и профилактики. Дисс... к.м.н. / Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова. — 2004. — 172 с.
- 9 Моисеев В.С., Сумароков А.В. Болезни сердца. — М.: Универсум Паблишинг, 2001. — С. 269-270.
- 10 Никонов В.В. Гипертонические кризы // Харьковский медицинский журнал. — 2009. — №2. — С. 28-30.
- 11 Поздняков Ю.М., Красницкий В.Б. Неотложная кардиология. — М.: Шико, 2009. — 248 с.
- 12 Рощин Г.Г. Новые технологии в неотложной медицине догоспитального этапа // Журнал практического врача. — 2008. — №2. — С. 4-6.

А. К. ТОЛЕГЕНОВ АРТЕРИАЛЬҚ ГИПЕРТОНИЯ

Түйін: Артериялық гипертония (АГ) – ең аурулардың көп таралып жатқан бір түрі. Қазақстан халқының ересектер арасында 24,3% пайызға дейін таралып келеді. Ол ең бір қауіпті және қатерлі негізгі инфаркт миокардасының дамуына, бас қан айналымының бұзылуына, жүректің жеткіліксіздігінің өліміне өкеліп соқтыратын факторлардың бірі.

A. TOLEGENOV ARTERIAL HYPERTENSION

Resumé: Arterial hypertension (AH) - one of the most common diseases. The prevalence of hypertension in the adult population of Kazakhstan is 24.3%. She is one of the major risk factors for myocardial infarction, acute cerebro-vascular accident, heart failure and mortality.

К ВОПРОСУ О БЕЗОПАСНОСТИ ТРАНСФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ

Ответственность за безопасность донорских компонентов крови возлагается на организацию, которая их производит, а за безопасное их клиническое использование - на организацию, которая их использует, т.е. лечебно-профилактические организации.

Ключевые слова: кровь, донор, безопасность трансфузионной терапии

Развитие хирургической помощи, внедрение современных методов лечения пациентов предопределяет высокий уровень качества трансфузионной помощи и дальнейшее увеличение потребности в продуктах донорской крови.

Приказом министра здравоохранения Республики Казахстан № 614 от 12.09.11. утверждена Концепция развития службы крови на 2011-2015годы. Новый взгляд на проблемы данной сферы обусловлен как экономическими преобразованиями в системе охраны здоровья граждан, так и современным уровнем развития технологий, применяемых в мировой трансфузиологической практике.

Вместе с тем, за последние годы в странах ЦАР имели место случаи массового инфицирования пациентов парентеральными инфекциями (ВГВ, ВГС и ВИЧ). Одним из наиболее вероятных путей передачи которых рассматривалось переливание донорской крови и ее компонентов.

Поэтому, сегодня одной из наиболее важных проблем системы здравоохранения являются вопросы обеспечения безопасности, качества и доступности трансфузионной помощи.

В понятии безопасности трансфузионной терапии целесообразно выделить две составляющие:

- 1.Безопасность (прежде всего, инфекционную и иммунологическую) самих донорских компонентов крови;
- 2.Безопасное клиническое использование донорских компонентов крови.

Ответственность за безопасность донорских компонентов крови возлагается на организацию, которая их производит, а за безопасное их клиническое использование - на организацию, которая их использует, т.е. лечебно-профилактические организации.

Понятие безопасности донорских компонентов крови неразрывно связано с понятием качества. Качество продукта крови является ключевым фактором, предопределяющим эффективность трансфузионной помощи. Существует множество определений качества, одно из них – «соответствие назначению». В контексте деятельности службы крови это означает разработку национальных стандартов качества для продуктов крови и этапов трансфузионной цепи.

Каждый этап в этой цепи от мотивации и отбора доноров до переливания продуктов крови реципиенту должен осуществляться в соответствии с принципами надлежащей производственной практики, основанной на современных научных и практических достижениях. Немаловажным является и формирование понимания у персонала организаций службы крови необходимости внедрения и применения принципов качества ко всем видам деятельности, связанным с переливанием крови.

Для того чтобы обеспечить стабильное и постоянное качество продуктов крови, а так же безопасность всего производственного процесса, необходимо внедрение системы управления качеством. Разработка системы управления качеством должна стать основой программ по совершенствованию службы крови.

Внедрение системы управления качеством, прежде всего, потребует радикального пересмотра принципов управления и существующей структуры службы крови. В мировой практике за последние 10 - 15 лет отмечена тенденция к централизации службы крови в интересах повышения качества и безопасности продукции. Убедительные результаты реформирования службы крови показаны в Египте, где, после реструктуризации 300 госпитальных банков крови с образованием 1 национального, 8 окружных и 30 региональных центров крови, ситуация с трансфузионной помощью в стране радикально улучшилась. **В Венгрии, вместо 63 банков крови в течение двух лет создали централизованную службу крови: 6 региональных центров и 23 местных банка крови.** Лабораторное обследование донорской крови выполняется только в региональных центрах. В Кувейте, централизация службы крови позволила одновременно в национальном масштабе внедрить систему штрих-кодирования ISBT-128. В Финляндии с населением в 5 млн. человек, после реформирования службы крови ежегодно осуществляется ~ 300 тыс. донаций крови и ее компонентов в 23 донорских пунктах, при этом переработка крови на компоненты и лабораторное обследование осуществляется в единственном на страну центре крови. Наиболее удаленный донорский пункт находится в 1250 км от центра крови (Хельсинки). Ежедневно заготовленную кровь в термоконтейнерах с помощью транспортных компаний отправляют так, чтобы обследование и переработка начались в 6 утра следующего дня. К 12 часам гемокомпоненты произведены и получены результаты иммуноферментного анализа, а к 14 часам - результаты NAT-тестирования и компоненты крови могут быть выданы в клинику [1].

Вместе с тем, следует отметить, что существующая структура служб крови в странах ЦАР, разработанная еще в 70-х годах прошлого века, ориентирована на приближение этапа заготовки крови к месту ее применения. Особую значимость данный факт приобретает в случаях оказания трансфузионной помощи в условиях отдаленных районов, где из-за малого объема заготовки и отсутствия необходимых компонентов крови не исключается возможность прямого переливания крови от необследованного донора. В этой связи, для радикального решения проблемы обеспечения безопасности, качества и доступности трансфузионной помощи в странах ЦАР, в первую очередь, необходимо

рассмотреть вопрос о структурном реформировании служб крови на основе принципа централизации производства донорских компонентов крови и лабораторных исследований крови.

Развитие высокоспециализированной медицинской помощи, внедрение современных методов лечения пациентов предопределяет высокий уровень качества трансфузионной помощи и дальнейшее увеличение потребности в продуктах донорской крови. Вместе с тем,

за последние годы в стране имели место случаи массового инфицирования пациентов парентеральными инфекциями (ВГС и ВИЧ). Одним из наиболее вероятных путей передачи которых рассматривалось переливание донорской крови и ее компонентов.

Поэтому, сегодня одной из наиболее важных проблем системы здравоохранения являются вопросы обеспечения безопасности, качества и доступности трансфузионной помощи.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 CDC/CAR. Assessment of Epidemiological Situation in Blood Service in CAR. - Almaty: CDC/CAR, 2003.

Түйін: Донорлық қан компоненттерінің қауіпсіздігіне жауапкершілік қан компоненттерін өндіретін ұйымға, ал оның қауіпсіз клиникалық қолданылуы оны емдеу компоненті ретінде қолданатын емдеу-профилактикалық мекемелерге жүктелінеді.

Түйінді сөздер: қан, донор, трансфузиондық терапия қауіпсіздігі

Resume: Responsibility for safety of donor components of blood is assigned to the organization which makes them, and for their safe clinical use - to the organization which uses them, i.e. treatment-and-prophylactic the organizations.

Keywords: blood, donor, safety of transfusion therapy

РОЛЬ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ И АНТИСМОКИНГОВЫХ ПРОГРАММ В ПРОФИЛАКТИКЕ ХРОНИЧЕСКИХ ОБСТРУКТИВНЫХ БОЛЕЗНЕЙ ЛЕГКИХ

Хроническая обструктивная болезнь легких является одной из актуальнейших проблем современной клинической пульмонологии. Преобладание их в структуре заболеваний легких, тяжесть прогноза и ранняя инвалидизация больных определяет их социальную значимость. Курение – это агрессивный фактор риска, который способствует развитию ХОБЛ. Немаловажную роль в профилактике ХОБЛ имеет значение разработка и внедрение образовательных и антисмокинговых программ.

Ключевые слова: Хроническая обструктивная болезнь легких, образовательные программы, антисмокинговые программы, курение, профилактика

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) - экологически опосредованное хроническое воспалительное заболевание с преимущественным поражением дистальных отделов дыхательных путей, паренхимы легких и формированием эмфиземы, которое характеризуется развитием сначала частично обратимой, а в итоге – необратимой бронхиальной обструкции. Курение – это агрессивный фактор риска, который способствует развитию ХОБЛ.

В последние десятилетия ХОБЛ, являясь одним из наиболее распространенных хронических заболеваний легких, представляет важнейшую медико-социальную проблему, отличается широкой распространенностью, тенденцией к росту количества тяжелых форм заболевания, числа выхода на инвалидность и уровня смертности. Несмотря на интенсивное развитие инновационных медицинских технологий при ХОБЛ сохраняются недостаточная эффективность медикаментозной терапии, высокая стоимость лечения, неудовлетворительное качество жизни пациентов. Наличие вышеуказанных неблагоприятных тенденций объясняется плохим контактом медицинского персонала с больным, низким уровнем знаний о своем заболевании, неумением пользоваться полученной информацией на практике.

Как следствие этого в основных отечественных и международных руководствах по диагностике и лечению ХОБЛ первый пункт ведения больных - их обучение с целью развития партнерства в борьбе с болезнью. Образование рассматривается как новая нетрадиционная форма психологической и психотерапевтической помощи. Физическая реабилитация занимает не менее важное место в общем плане ведения больных ХОБЛ, т.к. физические нагрузки являются для большинства фактором, усугубляющим течение заболевания, с другой стороны, ограничение физической активности способствует увеличению распространенности и тяжести ХОБЛ. Комплексная организация реабилитации данной категории пациентов с акцентом на образовательные программы и физические тренировки позволяет повысить толерантность к физическим и психическим нагрузкам, эффективность проводимой терапии, замедлить или даже остановить прогрессирование заболевания, восстановить социальный статус и улучшить качество жизни пациентов.

Заболеваемость и смертность пациентов от ХОБЛ продолжает увеличиваться во всем мире - это обусловлено широкой распространенностью

табакокурения. По данным ВОЗ в мире страдают ХОБЛ 600 миллионов человек и к 2020 г. число больных удвоится. Эпидемиологические данные о заболеваемости и смертности часто недооценивают значение и распространенность ХОБЛ, так как обычно она не диагностируется до развития клинически выраженных и относительно тяжелых стадий заболевания. По данным Европейского респираторного общества, только 25% случаев заболевания диагностируется своевременно. Занимая в настоящее время четвертое место среди причин хронической заболеваемости и смертности в мире в возрастной группе старше 45 лет, по данным исследования, проведенного Всемирной организацией здравоохранения и Мировым банком, к 2020 г. ХОБЛ будут сохранять 5-е место в структуре общей заболеваемости. В США заболеваемость ХОБЛ приближается к 15 млн. человек. Летальность от этого заболевания удвоилась в 70-е годы XX века и на сегодня в структуре летальности в США это заболевание занимает 4-е место, уступая лишь сердечнососудистым и онкологическим заболеваниям.

В ходе опроса получателей бюллетеня НОУСМОКИНГ выяснили, что тема защиты прав некурящих и освобождения общественных мест от табачного дыма является одной из наиболее актуальных тем контроля над табаком. Она набрала 6,5 баллов (по 10-балльной шкале) вслед за темами влияния курения на здоровье (6,7 балла) и материалами о статистике распространенности курения, связанной с ним заболеваемости и смертности (6,7 балла).

В связи с курением ухудшается производительность труда и взаимоотношения. Легкие всех сотрудников в накуреном помещении получают меньше кислорода, а угарного газа больше (и около 100 высокотоксичных веществ). По меньшей мере, у работников ухудшается внимание и память, они часто отвлекаются. Курящие тратят дополнительное время на перекуры и отвлеченные разговоры. Канадское министерство здравоохранения подсчитало, что в результате курения на рабочем месте происходит: снижение производительности труда; более высокая заболеваемость и временная нетрудоспособность; ранний выход на пенсию по причине плохого здоровья.

Что происходит с внутренним климатом в коллективе, если там курят? Даже если эта тема не обсуждается, многие сотрудники чувствуют себя на рабочем месте некомфортно. Некурящие люди замечают каждую сигарету, раздражаются оттого, что не могут

противостоять сложившемуся положению вещей. Люди, страдающие бронхитами, астмой особенно тяжело переносят сигаретный дым. Часть курящих людей, также плохо относится к запаху прокуренного помещения. Человек, который хочет бросить курить, не может этого сделать, если вокруг него на работе курят. Иногда коллектив буквально раскалывается на тех, кто участвует в перекурах, и всех остальных.

От вынужденного вдыхания табачного дыма некурящие болеют и умирают так же, как курильщики. Это, конечно, главная причина, по которой так необходимо освобождать рабочие места от табачного дыма. Вынужденное вдыхание табачного дыма оказывает немедленное и существенное влияние на здоровье. Если в течение 30 минут человек находится в задымленном помещении, его тромбоциты, или кровяные пластинки, активируются так же, как у курильщика, выкуривающего пачку сигарет в день. Именно эти активированные тромбоциты повреждают внутреннюю поверхность артерий, что может привести к сердечным заболеваниям. Тромбоциты могут вызвать образование тромбов в коронарных артериях, что приводит к сердечному приступу. Табачный дым вызывает астматические и аллергические приступы. В долгосрочной перспективе у некурящих, работающих в накуреном помещении, развиваются все болезни курильщиков. Движение калифорнийских работников баров и ресторанов подсчитало, что официантки, работающие в накуреном помещении, заболевают раком легкого в 3 раза чаще, чем сотрудницы кафе, где не курят.

В мировой практике утверждается: «Необходимым условием для любого мероприятия по контролю курения на работе является поддержка со стороны руководства на самом высшем уровне». Комплексная политика может и должна быть разработана и принята всей организацией, чтобы она оказывала необходимое действие.

По данным ВОЗ, противотабачная политика на рабочем месте сокращает количество курящих сотрудников на 12-39%. К тому же те, кто продолжает курить, выкуривают в сутки на 3-4 сигареты меньше.

Прекращение курения – первый обязательный шаг в программе лечения и профилактики ХОБЛ. Прекращение курения является единственным наиболее эффективным и экономически обоснованным способом, позволяющим сократить риск развития ХОБЛ и предотвратить прогрессирование заболевания. Лечение больного преследует основную цель - отказ от курения.

Итак, какой же должна быть эффективная система помощи в прекращении курения?

Она должна включать в себя три наиболее важных компонента, доказавших свою эффективность во многих странах мира: Все работники здравоохранения выявляют курильщиков и дают им краткие рекомендации по прекращению курения. Специализированная помощь, предоставляемая специалистами и центрами, занимающимися помощью в прекращении курения профилно. Использование эффективной медикаментозной помощи.

Какой информацией можно воспользоваться, чтобы начать деятельность по оказанию помощи в прекращении курения?

Теме прекращения курения были посвящены материалы Всемирной Организации Здравоохранения ко Дню без Табака. Данные, лежащие в основе научно-обоснованного подхода к лечению табачной зависимости, сгруппированы по таким темам, как эффективность, безопасность, демография и влияние на здоровье, экономика здоровья, политика.

Работа по оказанию помощи курильщикам может стать самоокупаемой. Согласно сделанным в развитых странах оценкам, помощь курильщикам в прекращении курения является рентабельной, то есть средства, вложенные в прекращение курения, оборачиваются увеличением доходов в производственной сфере и экономией средств на лечение заболеваний, вызванных курением. Кажется очевидным, что прекращение курения рентабельно не только на уровне государства, но и на уровне индивида, и что курильщик может вложить средства сейчас, чтобы сэкономить потом. Источник средств на лечение также кажется очевидным: человек перестает тратить деньги на сигареты и тратит их на отказ от курения.

Однако программы, в которых помощь курильщикам является основным видом деятельности, за редким исключением оказываются финансово - несостоятельным, поскольку курильщики не хотят рисковать своими деньгами, считают, что на сигареты в день они тратят немного, и не задумываются о том, сколько они потратят до конца своей жизни и хотят получить 100-процентную гарантию избавления от табачной зависимости, а добросовестный специалист не может ее дать. Помощь курильщикам в прекращении курения поддержит государство.

Государственные программы прекращения курения - это единственный путь, при котором такая помощь может затронуть почти всех курильщиков.

Закон Республики Казахстан о профилактике и ограничении табакокурения -настоящий Закон регулирует общественные отношения, возникающие в процессе производства, реализации и потребления табачных изделий, а также определяет основные меры по профилактике и ограничению табакокурения в целях защиты прав граждан на охрану здоровья. Что должно произойти в стране, чтобы в ней появились реальные программы помощи в прекращении курения? Специализированная помощь курильщикам в прекращении курения должна быть включена в стандарты деятельности узких специалистов. Помощь в прекращении курения должна стать бесплатной для пациента.

Вопросы подготовки всех медицинских работников в области прекращения курения должны быть включены во все программы пред- и последиломной подготовки. Медикаментозные средства для прекращения курения, рекомендованные ВОЗ, должны войти в обязательный набор медикаментов, который должен иметься в любой аптеке. Это необходимо для того, чтобы уравнивать возможности прекращения курения в крупных городах и в отдаленных населенных пунктах.

Установлено, что отказ от курения позволяет замедлить нарастание бронхиальной обструкции. Поэтому лечение табачной зависимости актуально для всех пациентов, страдающих ХОБЛ. Наиболее эффективны в этом случае беседы медицинского персонала (индивидуальные и групповые) и фармакотерапия. Существуют три программы лечения табачной зависимости: короткая (1-3

мес), длительная (6-12 мес) и программа снижения интенсивности курения.

Назначать лекарственные препараты рекомендуется в отношении больных, с которыми беседы врача оказались недостаточно эффективны. Следует взвешенно подходить к их применению у людей, выкуривающих менее 10 сигарет в день, подростков и беременных. Повышение информированности пациентов позволяет повысить их работоспособность, улучшить состояние здоровья, формирует умение справляться с болезнью, повышает эффективность лечения обострений. Формы обучения больных различны - от распространения

печатных материалов до проведения семинаров и конференций. Наиболее эффективно интерактивное обучение, которое проводится в рамках небольшого семинара.

Таким образом, разработка образовательных и антисмокинг-программ и прекращение курения является наиболее эффективным и экономически обоснованным способом, позволяющим сократить риск развития ХОБЛ и предотвратить прогрессирование заболевания. Лечение больного ХОБЛ преследует основную цель - отказ от курения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 А. Г. Чучалина Хроническая обструктивная болезнь легких. Федеральная программа. - М.: 2004. - 61 с.
- 2 Bourbeau J. Preventing hospitalization for COPD exacerbations // *Semin. Respir. Crit. Care Med.* - 2010. - Vol. 31. - N 3. - P. 313 - 320.
- 3 Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. - 2006.
- 4 Чучалин А. Г., Сахарова Г. М., Новиков Ю. К. Практическое руководство по лечению табачной зависимости. - М.: 2001. - 14 с.
- 5 Белевский А.С. Организация и проведение обучения больных хронической: обструктивной болезнью легких: методические рекомендации. - М.: Атмосфера, 2003 - 56 с.
- 6 А.В. Готов, Т.Н. Федорова, В.Г. Демченко: Клинические аспекты оценки реабилитационного потенциала больных хронической обструктивной болезнью легких. // *Терапевтический архив.* — 2008. - № 3. — С. 33-39.

Түйін Әкпенің созылмалы обструктивті аурулары клиникалық пульмонологияның маңызды мәселелердің бірі болып табылады, өйткені олар тыныс жолдарының аурулардың қатарында ең алды, ауыр прогнозды және әлеуметтік маңызды, ерте мүгедектікке алып келеді. Ол аурулардың бірінші себебі - темекі тарту болып табылады. Сол аурулардың алдын алу үшін оқыту және антисмокингті бағдарламаның әсері маңызды.

Түйінді сөздер әкпенің созылмалы обструктивті аурулары, антисмокингті бағдарлама, темекі тарту, алдын алу.

Resume Chronic obstructive disease is one of actual problem of clinic pulmonology because of its dominance in the structure of diseases of lung, complexity of prognoses and social significance and its resulting of patients invalescence. Smoking is a risk aggressive factor which promotes chronic obstructive disease of lung. An important role in prevention chronic obstructive disease of lung is important to develop and implement of education and antismoking programs.

Keywords Chronic obstructive diseases of lung, of education program, of antismoking program, smoking, prevention

Б.Д. ДУЙСЕМБИНА

ГККП Талгарского района

К ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА

Раннее выявление факторов риска развития хронического бронхита, особенно у лиц молодого возраста, позволит своевременно диагностировать данную патологию.

Ключевые слова: бронхит, факторы риска, гиперстенический тип телосложения

Хронический бронхит (ХБ) является самым распространённым хроническим неспецифическим заболеванием дыхательной системы. Но, к сожалению, до конца эта болезнь не изучена. В процессе развития бронхита происходит поражение бронхиальных стенок воспалительным процессом [1,2,4]. При этом, независимо от причины развития, бронхит представляет собой самостоятельное заболевание, требующее специфического лечения. Именно по этой причине крайне важно своевременно установить правильный диагноз и назначить адекватное лечение.

Целью нашего исследования явилось изучение возможностей диагностических методов для верификации хронического бронхита.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 28 пациентов в возрасте от 19 до 23 лет, средний возраст $20,3 \pm 1,5$, находившихся на лечении в терапевтическом отделении. Всем больным проводилось обследование, включавшее клинико-лабораторно-инструментальные исследования. Помимо общеклинических анализов изучались спирограмма и рентгенологические данные.

Результаты и обсуждение. При поступлении все больные жаловались на усиление общей слабости, появление недомогания, выраженной потливости, особенно ночью. Все больные при обращении отмечали кашель, причем длительность кашля была не менее 3-х месяцев в году за последние 2 года. Кашель был сухой малопродуктивный, чаще утром у 19 (67,9%) больных. Мокрота слизисто-гнойного характера имела место у 9 (32,1%) пациентов, примесь крови отмечали 3 больных (10,7%). Одышка при физической нагрузке наблюдалась у 14 (50%) больных, температура тела оставалась нормальной у 20 (71,4%) больных. При выяснении анамнестических данных было установлено: частые переохлаждения, острые респираторные инфекции имели место у 13 (46,4%), подавляющее большинство пациентов - 17 из 28 больных (60,7%) были злостными курильщиками, «стаж» курения составлял от 7 до 12 лет. При обследовании была обнаружена избыточная масса тела у 8 (28,6%). Гиперстенический тип телосложения выявлен у 12 (42,9%) больных. При объективном обследовании перкуторный звук с коробочным оттенком имел место у 5 (17,9%), рассеянные сухие хрипы выслушивались у 18 (64,3%), звучные влажные мелко-среднепузырчатые хрипы у 10 (35,7%) пациентов. Число дыхательных движений (ЧДД) в мин. составляло в среднем $18,5 \pm 0,6$. Границы сердца оставались в пределах нормы у всех больных. В общем анализе крови умеренно выраженный лейкоцитоз ($8,21 \pm 0,8$) отмечен у 50% больных. При функциональном исследовании внешнего дыхания у 7 (25%) больных установлено уменьшение объема форсированного выдоха за первую секунду - ниже 1,5 л

(30% и менее от должной величины). При рентгенографии в легких выявлено усиление легочного рисунка, повышение прозрачности легочных полей, расширение теней корней легких у 12 (42,6%) больных. Симптомы хронического бронхита необходимо дифференцировать с проявлениями иных патологий [6]. В силу того, что основной симптом хронического бронхита – это продолжительный кашель, необходимо исключить другие заболевания, сопровождающиеся многолетним кашлем. Другой распространенный симптом хронического бронхита – развивающаяся одышка. Развитие одышки имеет отношение к поэтапному патологическому изменению, которое претерпевает ткань бронхов – постепенно она начинает подвергаться обструкции. Проведенные рентгенологические исследования позволили исключить специфические и другие заболевания легких, имеющие сходные с хроническим бронхитом проявления. Для развития бронхита хронического характера отличительной чертой является чередование острого течения патологии и периода ремиссии. Процесс обострения хронического бронхита, как правило, имеет отношение к случаям переохлаждения, острым респираторным заболеванием. Обострение чаще всего отмечается в холодные месяцы года и межсезонье. Указание на частые переохлаждения, острые респираторные инфекции в анамнезе, длительный «стаж» курения, безусловно, способствовали развитию и дальнейшему прогрессированию патологического процесса в бронхах. Обнаруженная при обследовании избыточная масса тела, гиперстенический тип телосложения также можно отнести к факторам риска развития хронического бронхита. У малоподвижных людей с избыточным весом, наблюдается высокое стояние диафрагмы, что затрудняет нормальное поступление воздуха в бронхо-легочную систему, приводит к уменьшению глубины дыхания, легочной вентиляции. Как результат, это может привести к затруднению освобождения от мокроты бронхов.

Таким образом, к основным проявлениям хронического бронхита относят кашель, одышку, дыхательную недостаточность. Диагноз основывается на характерной клинической картине, включая анализ симптомов, истории жизни, выяснения «стажа» курения. Особо выделяют хронический бронхит курильщика, подчеркивая связь хронического бронхита с курением. Большинство ученых предполагают, что в механизме формирования бронхита немаловажную роль играет инфекционное начало, так как зачастую хронический бронхит является следствием не до конца вылеченного острого бронхита. Другие специалисты полагают, что главная причина развития хронического бронхита это курение. Также доказано, что при вдыхании табачного

дыма может развиваться воспалительный процесс слизистой оболочки, которая обволакивает бронхи изнутри. Воспалительный процесс, который развивается в слизистой оболочке бронхов, может привести к нарушению функции и структуры эпителия бронхов [3,4,5], независимо от очага возникновения воспаления. Следствием этого процесса является увеличение количества выделяемой слизи. Клетки эпителия теряют ресничатость. Результатом этой потери может быть нарушение эскалаторной функции эпителия, скопление вязкой слизи в просветах бронхов. В бронхах возникает эффект термостата: формируются надлежащие [4]. условия для жизнедеятельности патогенных микроорганизмов. Образующиеся слизистые выделения, со временем становятся гнойными. Из бронхов они выделяются вследствие отхаркивания в виде гнойной мокроты зеленоватого цвета. Именно этот фактор указывает на развитие слизисто-гнойного бронхита. Состояние больного в таком случае обычно ухудшается.

Повышается потливость, температура тела увеличивается, снижается работоспособность и появляется слабость. В свою очередь слизь действует как раздражитель на кашлевые рецепторы, вследствие чего возникает кашель. Последствия этого процесса приводят к нарушению структуры и функции бронхов. При длительном течении хронического бронхита закономерно развиваются хроническая дыхательная недостаточность, эмфизема легких, пневмосклероз, хроническое легочное сердце.

Выводы:

1. У обследованных нами больных выявлены факторы риска развития хронического бронхита: частые переохлаждения, острые респираторные инфекции в анамнезе, длительный «стаж» курения.
2. Обнаруженная при обследовании избыточная масса тела, гиперстенический тип телосложения также можно отнести к факторам риска развития хронического бронхита.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Чучалин А. Г., Солдатов Д. Г. Вирусная инфекция в пульмонологии // Тер. архив. -1992. - № 3. – С. 3-15.
- 2 Кокосов А.Н. Хронический бронхит и обструктивная болезнь легких: аналитический очерк // Тер. архив. -2000. - Т. 72. - № 3. -С. 75-77.
- 3 Franquet T., Stem E. J. Bronchiolar inflammatory diseases:high-resolution CT findings with histologic correlation // Eur. Radiol. - 1999. - У 9. - Р. 1290-1303.
- 4 Копьева Т. Н., Бармина Г. В., Свищев А. В., Макарова О. В. Морфология и патогенез хронического бронхита //Архив патологии. - 1989. - № 7. - С. 83-87.
- 5 Черняев А. Л. Патоморфология хронического обструктивного бронхита // Русский мед. журн. - 1999. - Т.5. - № 17. - С. 1100-1104.
- 6 Шмелев Е. И. Хроническая обструктивная болезнь легких // Тер. архив. - 1999. - № 12. - С. 74-78.

Б.Д. ДУЙСЕМБИНА

СОЗЫЛМАЛЫ БРОНХИТ ДИАГНОСТИКАСЫНА

Түйін: Созылмалы бронхиттің даму қауіп-қатерінің алғашқы факторларын анықтау, әсіресе жасөспірімдердің, айтылған патологияға дер кезінде диагноз қоюына мүмкіндік береді.

Түйінді сөздер: бронхит, қауып факторлары, дененің гиперстениялық түрі

B.D. DUISEMBINA

CHRONIC BRONCHITIS DIAGNOSIS

Resume: early identification of risk factors for chronic bronchitis, especially in young people enables to diagnose this pathology.

Keywords: bronchitis, risk factors, hyperstenic body type.

Б.Д. ДУЙСЕМБИНА

ГККП Талгарского района

СИНКОПАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА

Синкопальные состояния, в основе которых лежат заболевания сердца, ухудшают прогноз. Поэтому наличие синкопальных состояний, как правило, служит основанием для проведения тщательного диагностического обследования с целью исключения кардиальной патологии.

Ключевые слова: синкопе, обморок, полная атрио-вентрикулярная блокада, ЭКГ

Синкопальное состояние (обморок, синкопе) – это кратковременное нарушение сознания с потерей постурального мышечного тонуса. Сознание возвращается самостоятельно через несколько секунд или минут. Развитию обморока может предшествовать предобморочное или пресинкопальное состояние, описываемое как головокружение и/или неполное выключение сознания. Синкопальные состояния не связаны с развитием ступора или комы. Обмороки наблюдаются у 30-50% взрослого населения и служат причиной 1-2% госпитализаций и 3% обращений в службы неотложной медицинской помощи ежегодно.

В основе кратковременной потери сознания могут быть церебральные расстройства или нарушения кровообращения. Обморок – это симптом, а не болезнь, этиология обмороков разнообразна и включает множество заболеваний.

Синкопальные состояния по своим причинам распределяются на три категории в каждую из которых попадает приблизительно треть всех случаев: некардиальные, кардиальные и неясного происхождения. Кардиальные (сердечного происхождения) обмороки развиваются при тахикардиях и брадикардиях (или при их сочетании, например при синдроме слабости синусового узла); при атриовентрикулярных блокадах; при отказе основного водителя ритма или тахикардии, обусловленной основным водителем ритма; при остром ИМ; при обширной эмболии легочных артерий; при аортальном стенозе (постоянной обструкции вследствие поражения клапанного аппарата или динамической обструкции при гипертрофической кардиомиопатии); при тампонаде сердца.

В последнее время большее значение стали придавать вазовагальным (нейрокардиогенным) обморокам. Этот синдром относят к большой группе болезней вегетативной нервной системы, при которых наблюдаются нарушение стабильности артериального давления и плохая переносимость вертикального положения тела. К этой группе также относятся синдром гиперчувствительности каротидного синуса, синдром Шая-Дрейджера, диабетическая нейропатия, мультисистемная атрофия, *tabes dorsalis* (спинная сухотка), семейная вегетативная дисфункция и амилоидоз [1].

Смертность в течение года после появления обмороков составляет для кардиогенных обмороков – 30%, некардиогенных – 12% для обмороков неясной этиологии – 6%.

Целью нашего исследования явилась оценка клинических и ЭКГ данных в диагностике синкопальных состояний в практике врача-терапевта.

Материал и методы: Под нашим наблюдением находились 19 больных с синкопе в возрасте от 32 до 67 лет, средний возраст составил $50,5 \pm 2,4$; среди них мужчин – 12, женщин – 7.

Результаты и обсуждение. Жалобы на головокружения являются наиболее распространенными у амбулаторных больных. После жалоб на утомляемость жалобы на головокружения являются наиболее распространенными также у пациентов медицинских стационаров общего профиля. Пациенты пользуются этим термином для описания разнообразных симптомов, в том числе кажущегося ощущения движения окружающих предметов или тела, сопровождающегося тошнотой, рвотой, побледнением кожных покровов и испариной, предобморочного состояния, нарушения равновесия и ощущения головокружения. Головокружение часто возникает эпизодически и проходит самостоятельно, но если оно ощущается постоянно или наблюдаются частые приступы, предположительный диагноз можно поставить на основе данных целенаправленного опроса больного и осмотра. В одном исследовании было показано [1,3], что данных анамнеза и врачебного осмотра было достаточно для установления диагноза у 85% пациентов. Важно расспросить больного об условиях, в которых развился обморок, и о степени отключения сознания, например, была ли полная потеря сознания, имелись ли боли в груди, сердцебиение, предшествовала ли обмороку физическая нагрузка или нет. Необходимо также расспросить пациента о наличии других заболеваний и приеме лекарств, которые могут способствовать возникновению обмороков. Осмотр врачом должен включать проведение постуральных проб, выслушивание сердечных шумов исследование пульса на сонных артериях, массаж каротидного синуса (при отсутствии противопоказаний), тщательное неврологическое, а также ректальное исследование для исключения кровотечения из желудочно-кишечного тракта.

Все больные предъявляли жалобы на головокружение, эпизодически возникающее и проходящее самостоятельно отмечали 11 (57,9%). Синкопе сопровождалось тошнотой, рвотой, испариной, побледнением кожных покровов у 3-х больных (15,8%). Перебои в работе сердца отмечали 6 (31,6%). Указаний на предшествовавшую травму, высокую температуру окружающей среды, эмоциональные факторы (страх, боль), прием лекарственных препаратов (сердечные гликозиды, антиаритмические препараты) исключали все больные. Выясняя характер ощущений больных перед началом и после окончания приступа, мы не обнаружили ауры, крик, связь с положением тела перед началом приступа. По окончании приступа больные не отмечали

дезориентированность, эйфорию, аномалии поведения. Наличие эпизодов аритмии указывали 10 (52,6%) пациентов. При обследовании приглушенность тонов сердца имела место у всех больных, уровень артериального давления оставался в пределах нормы. Были проведены постуральные пробы, результаты их отрицательные. У обследованных пациентов с синкопе на ЭКГ были выявлены: полная атрио-вентрикулярная блокада III степени в 5-ти случаях (26,3%), WPW синдром в 1 случае (5,3%), инфаркт миокарда в 7-и (36,8%), желудочковые экстрасистолы – в 6 (31,6%) и гипертрофия левого желудочка в 3-х случаях (15,8%).

По результатам недавно проведенного мета-анализа результатов 12 исследований [1,2] наиболее часто головокружение возникает вследствие следующих причин:

Периферическое вестибулярное головокружение (4-44%),

Лабиринтит (3-23%)

Болезнь Меньера (0-10%).

В структуре специфических диагнозов поражения периферического отдела вестибулярного анализатора чаще всего встречается доброкачественное позиционное головокружение [4].

Центральное вестибулярное головокружение (0-20%), опухоль головного мозга (0-6%).

Психические расстройства (2-26%) и гипервентиляционный синдром (0-24%), обычно у молодых пациентов.

Сочетание причин (13%).

Рекомендуется проведение стандартных лабораторных анализов, рентгенографии органов грудной клетки и ЭКГ. При подозрении на патологию сердца в первоначальную схему обследования следует включить эхоКГ с доплеровским исследованием. Если возникает предположение о поражении головного мозга, то наиболее информативны регистрация звуковых вызванных потенциалов и магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга. Навык и опыт интерпретации полученных данных позволяют в большинстве случаев в сравнительно короткий срок выяснить причину синкопе и назначить адекватную терапию.

Выводы:

1. Клинические и ЭКГ исследования при синкопальных состояниях являются основой для определения причины синкопе.
2. Наличие эпизодов аритмии при синкопе требует проведения ЭКГ для диагностики инфаркта миокарда и полной А-В блокады у этой категории больных.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Кардиология. Руководство для врачей. Под редакцией Р.Г.Оганова, И.Г.Фоминой. – М.: Медицина. - 2004.
- 2 Оливия В. Эдейр. Секреты кардиологии. Под общей редакцией докт.мед.наук, проф. В.Н.Хирманова. – М.: МЕДпресс-информ, 2004. -3.
- 3 Внутренние болезни. Сердечно-сосудистая система.- М.: Издательство БИНОМ, 2003.
- 4 Виноградов А.В. Дифференциальный диагноз внутренних болезней: справочное руководство для врачей.2-е изд. - М.: Медицина, 1987.

Б.Д. ДУЙСЕМБИНА

ДӘРІГЕР-ТЕРАПЕВТ ТӘЖІРЕБЕСІНДЕГІ СИНКОПАЛДЫҚ ЖАҒДАЙ

Түйін: негізінде жүрек аурулары жататын синкопе жағдайлары болжамды нашарлатады. Сондықтан синкопе жағдайлары жүрек патологиясына күдік туындатып, толық диагностикалық ізденіс жүргізуге негіз болады.

Түйінді сөздер: синкопе, талу, толық атрио-вентрикулярлы блокада, ЭКГ

B.D. DUISEMBINOVA

SYNCOPE IN THERAPIST PRACTICE

Resume: syncope which is based on heart disease worsen the prognosis. Therefore the presence of syncope usually serves as a basis for a thorough diagnostic examination to exclude cardiac pathology.

Keywords: syncope, faint, complete atrioventricular block, ECG

Б.К. ИДРИСОВ

«Городская поликлиника 10», г.Алматы

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ В ПЕЧЕНИ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ

За последние десятилетия отмечается рост заболеваемости калькулезным холециститом, неблагоприятным осложнением которого является механическая желтуха. По данным литературы, в 60-72% причиной механической желтухи является желчнокаменная болезнь (ЖКБ) и ее осложнение - холедохолитиаз. Помимо холедохолитиаза, наметилась тенденция к увеличению числа больных страдающих механической желтухой некалькулезного происхождения; стеноз большого дуоденального сосочка (16-29%), острый панкреатит (5,4-27,4%), рубцовая стриктура терминального отдела холедоха (5,3-15%), паразитарные заболевания печени, реже встречаются врожденные аномалии развития желчных протоков. Желтуха нередко возникает и при первичных заболеваниях печени. Механический фактор может иметь место и при вирусных гепатитах и их последствиях, когда внутريدольковые желчные ходы закупориваются желчными тромбами.

Серьезность проблемы желчнокаменной болезни подтверждает тот факт, что на аутопсии у 10% умерших находят желчные камни, причем после 45 лет они встречаются у 25%. Осложнения ЖКБ всегда вызывают много диагностических, лечебно-тактических проблем, затрудняющих выбор оптимальной лечебной тактики. Одной из, основных, причин летальных исходов при механической желтухе является прогрессирующая печеночная недостаточность, связанная с тяжелыми морфофункциональными нарушениями, наступающими в результате интоксикации, сочетающейся с гемодинамическими и гемореологическими расстройствами, нарушением лимфодинамики. По данным литературы, отмечается увеличение числа пациентов с постхолецистэктомическим синдромом (ПХЭС) с развитием вторичных (билиарных) гепатитов и циррозов, составляющих 20-27% случаев.

Анатомо-физиологическое единство печени и внепеченочных желчных путей приводит к их содружественному поражению при затяжных и рецидивирующих формах заболевания. Степень, глубина и длительность морфофункциональных нарушений в печени значительно отягощают и усугубляют течение патологических процессов в билиарном дереве что в , конечном, итоге повышает степень риска хирургического лечения. Степень и скорость морфологических изменений в печени зависят от темпа нарастания желчной гипертензии, нарушения микроциркуляции, гипоксии тканей, наличия воспаления в протоках и продолжительности воздействия патологического агента. Желчная гипертензия вызывает расширения диаметра желчных протоков, сопровождающееся утолщением их стенок, застоем желчи, что, часто сочетается с развитием холангита.

Окислительно-восстановительные процессы в печени, с изменением полярности гепатоцитов, нарушаются пропорционально продолжительности холестаза.

Изменения в печени приводят к функциональным нарушениям в других органах и системах организма вследствие воздействия на них продуктов аутолиза и выпадения ряда функций самой печени, в частности, выделительной и обезвреживающей. При длительной механической желтухе нередко возникают геморрагические осложнения, тромбозы и эмболии. Главная роль в развитии этих осложнений принадлежат нарушениям гуморальных регуляторных систем организма-свертывающей, фибринолитической, калликреин-кининовой, которые лежат в основе нарушения кровообращения жизненно важных органов. Снижение свертываемости при холемии главным образом связано с гипопротромбинемией, развивающейся в результате нарушения поступления витамина К в печень, а также активацией антикоагулянтной и фибринолитической активности крови.

Нарушения реологических свойств крови, которое ведет за собой микроциркуляторные расстройства, является одним из основных звеньев развития полиорганной недостаточности, которая выражена при механической желтухе и гнойном холангите, чаще всего в виде печеночно - почечного синдрома. В результате нарушения детоксикационной функции гепатоцитов и морфологических нарушений печеночных клеток при холестазах в периферической крови накапливаются токсические вещества, такие, как аммиак, билирубин, свободные жирные кислоты, мочевины, креатинин. Эти метаболиты дают вторичный гепатотропный эффект-блокируют окислительные ферменты в печени, что определяет возникновение гепато-церебральной недостаточности. Для выявления тяжести нарушений функции печени важное значение имеют биохимические исследования. К, наиболее, информативным показателям относятся определение билирубина и его фракций, белка его фракций, трансаминаз и щелочной фосфатазы, холестерина, железа, протромбиновой активности крови, а также фосфолипидов и триглицеридов, β -липопротеидов. Ведущее значение в диагностике имеют инструментальные методы исследования и немаловажную роль играют степень инвазивности исследования.

Таким образом, учитывая высокую летальность (16-60%) после радикальных операций у больных с механической желтухой, холангитом на фоне несоответствия между компенсаторными возможностями функции печени и тяжестью оперативного вмешательства, в целях улучшения непосредственных результатов хирургического лечения важное значение имеет оценка морфофункционального состояния печени и глубины морфеостазисологических нарушений, возникших до лечения и их динамика в процессе лечения, что имеет не только теоретическое значение но и практический интерес в плане мониторинга результатов лечения, выбора срока и объема операции.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Андреев Г.Н. Мухамеджанов Г.К. «Агрегатное состояние крови и нарушение гомеостаза у больных с внутрипеченочным холестазами» Клиническая медицина. - В.Новгород РФ: 2002. - С. 238-247.
- 2 Андреев Г.Н. «Механическая желтуха неопухолевой этиологии». - В.Новгород РФ: 2004.- 124с.
- 3 Ибадильдин А.С. Мухамеджанов Г.К. Байзакова А.П. «Морфо-функциональные изменения при портальной гипертензии, осложненный внутрипеченочным холестазом», Морфология и доказательная медицина. - Алматы: 2010. - С. 13-15.
- 4 Майер К.-П. Гепатит и последствия гепатита. - М.: ГЭОТАР, 2004. -720 с.
- 5 Оноприев В.И., Дурлештер В.М., Ключенков О.Ю. и др. Прецизионные хирургические технологии в предупреждении кровотечений из варикозных гастроэзофагеальных вен. Физиология и патология заболеваний пищевода: материалы научной программы учредительского съезда Российского общества хирургов-гастроэнтерологов. - Сочи: 2004. – С. 135-136.

Б.Қ. ҰДЫРЫСОВ

МЕХАНИКАЛЫҚ САРҒЫШТАНУ КЕЗІНДЕГІ БАУЫРДАҒЫ МОРФОФУНКЦИОНАЛДЫҚ БҰЗЫЛЫСТАР

Түйін: Оперативті емнің ауырлығының және бауырдың компенсаторлы функцияларының сәйкесіздік фонында холангит пен механикалық сарғыштанумен жасалған радикалды операциялардан кейін науқастардың жоғарғы өлім көрсеткішін (16-60%) ескере отырып, бауырдың морфофункционалды жағдайын және гомеостазиологиялық бұзылыстар тереңдігін бағалау және қадағалау хирургиялық ем нәтижесін жақсарту мақсатында теориялық ғана емес, тәжірбиелік мәні зор.

В.К. IDRISOV

MORPHOLOGICAL AND FUNCTIONAL DISTURBANCES IN THE LIVER IN OBSTRUCTIVE JAUNDICE

Resume: Considering a high lethality (16-60%) after radical operations at patients with mechanical jaundice, holangity against discrepancy between compensatory opportunities of function of a liver and weight of surgery, for improvement of direct results of surgical treatment the assessment of a morfofunktsionalny condition of a liver and depth of gomeostaziologicheky violations which have not only theoretical but also practical interest has importance.

СИНДРОМ МАЛЛОРИ ВЕЙСА ПРИ ДИФFUЗНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ПЕЧЕНИ

Пищеводно-желудочное кровотечение является одним из часто встречающихся осложнений заболеваний печени с развитием портальной гипертензии. Варикозное расширение вен пищевода и желудка не всегда является единственным источником кровотечения при портальной гипертензии. В связи с этим, при проведении экстренного эндоскопического исследования необходимо исключить геморрагию другой этиологии. По данным ряда авторов (Sutton G 1987; Андреев Г.Н. 2002) У больных с портальной гипертензией в 10 -28% случаев источник кровотечения не связан с варикозным расширением вен пищевода и желудка. Одной из причин эзофагально-гастрального кровотечения является синдром Маллори – Вейса, описанный впервые в 1929г. и занимает около 10% среди всех причин кровотечения желудочно-кишечного тракта. При синдроме Маллори – Вейса источником кровотечения являются, линейные разрывы слизистой оболочки в области желудочно-пищеводного перехода, а так же стенки желудка в кардиальном отделе. Разрыву слизистой оболочки пищеводно-желудочного перехода способствуют физическое перенапряжение, чаще рвота, принятие грубой пищи. Изменение кровоснабжения слизистой оболочки пищевода и желудка, рыхлость подслизистого слоя, образование трещин и множественных эрозий слизистой непосредственно связано с портальной гипертензией на фоне цирроза печени.

Принято считать, что желудочные кровотечения при портальной гипертензии возникают в результате разрыва флэбэктазии, развивающиеся при этом эзофагиты с вовлечением в воспалительный процесс стенок расширенных венозных стволов, способствуют еще большему уменьшению сопротивляемости стенок сосудов и может произойти спонтанный разрыв вены. Однако, результаты эндоскопического исследования показали, что для возникновения острого кровотечения не обязателен разрыв крупных венозных стволов в подслизистом слое пищевода. Нередко, на аутопсии умерших от пищеводного кровотечения не удается обнаружить место разрыва венозного сосуда, а у 50% на секции обнаружено изъязвления слизистой оболочки нижней части пищевода, что дает предположение, что истонченные стенки слизистой оболочки пищевода подвергаются “агрессивному действию желудочного сока”, в результате чего образуются изъязвления. Клинические наблюдения показывают, что при циррозе

печени могут возникать тяжелые пищеводно-желудочные кровотечения, не связанные с разрывом пищеводных и кардиальных флэбэктазий.

Установить диагноз цирроз печени на фоне острого кровотечения из варикозно – расширенных вен пищевода и кардии или из трещин слизистой оболочки весьма проблематично. Это обусловлено тем, что кровотечение чаще наблюдается в сравнительно ранних стадиях заболевания, как проявление раннего симптома цирроза печени. Правильная оценка функционального состояния печени, уровня компенсаторных возможностей организма, дифференциальная диагностика, выбор метода и тактики лечения являются основополагающими для исхода данной патологии. Патология печени с декомпенсацией портального кровотока ведет к системным нарушениям: портальная гипертензия, нарушение реологических свойств крови, значительным морфофункциональным изменениям, а в следствии этого и прилегающей слизистой пищевода и желудка.

Проанализировано 25 историй болезни, больных с синдромом Меллори-Вейса за 2011 год.

Всем больным проведено эндоскопическое исследование ЭФГДС в первые часы после поступления в клинику. У 15 больных выявлено трещина абдоминального отдела и нижней трети пищевода, у 10 больных трещина нижней трети пищевода и кардии желудка, интенсивность кровотечения от легкой до тяжелой степени. Показатели красной крови колебались от $2,1 \pm 0,8$ до $4,5 * 10^{12}/л$ и гемоглобин от $76 \pm 6,0$ до 120-130 гр/л. У 12 больных на УЗИ выявлены диффузные изменения в печени, умеренная гепатомегалия, у 2 больных спленомегалия. При дальнейшем исследовании биохимических показателей у больных с диффузными поражениями печени выявлены умеренная билирубинемия до 36 ммоль/л, Снижение белковообразовательной функции печени (55гр/л), повышение уровня трансаминаз в 1,2 раза, коагулограмма в сторону гиперкоагуляции.

Таким образом, синдром Меллори - Вейса может возникать у больных с диффузными поражениями печени, с портальной гипертензией из эрозивно-язвенных поражений слизистой пищевода и желудка.

Лечение больных при кровотечениях вследствие синдрома Меллори - Вейса должно быть комплексным, направленное на гемостаз, восполнение ОЦК с обязательным включением гепатотропных и гепатопротекторных препаратов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 А.В. Калинина, А.Н. Хазанова Гастроэнтерология и гепатология: диагностика и лечение. - РФ: Миклош, 2007. - 602 с.
- 2 Андреев Г.Н. Ибадильдин А.С. Актуальные проблемы тактики лечения кровотечений портального генеза. - РФ: 2001. - 105 с.
- 3 А.Н.Хазанова «Функциональная диагностика болезней печени». – М.: Медицина, 1988. - 304с.

Б.Қ. ҰДЫРЫСОВ

БАУЫРДЫҢ ДИФФУЗДЫ ЗАҚЫМДАНУЫ КЕЗІНДЕГІ МАЛЛОРИ ВЕЙС СИНДРОМЫ

Түйін: Меллори – Вейс синдромы бауырдың диффузды зақымдалуы, портальді гипертензия салдарынан өңештің және асқазанның эрозивті жаралы шырышты қабатынан пайда болады.

Меллори – Вейс синдромының емі комплексті, гемостазға бағытталған, АЖҚ мөлшерін толтыруға бағытталып, гепатотропты және гепатопротекторлы дәрі-дәрмектерді міндетті түрде қосумен бірге жүру керек.

В.К. IDRISOV

СИНДРОМ МАЛЛОРИ ВЕЙСА ПРИ ДИФФУЗНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ПЕЧЕНИ

Resume: Syndrome Mallory - Weiss may occur in patients with diffuse liver disease with portal hypertension of erosive and ulcerative lesions of the esophagus and gastric mucosa.

Treatment of patients with bleeding due to syndrome Mallory - Weiss should be complex, aimed at hemostasis, replenishing CBV with the mandatory inclusion of hepatotropic and hepatoprotector drugs.

ОСОБЕННОСТИ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Научно-медицинское направление, основанное на применении физических факторов в лечебных и профилактических мероприятиях имеет важное значение в медицинской практике.

Ключевые слова: физиотерапевтические процедуры, инфразвуковая терапия, токи, магнитные поля, лазерные лучи, ультразвук

Физиотерапия – это научно-медицинское направление, основанное на применении физических факторов в лечебных и профилактических целях. Физиотерапия является одним из самых распространенных, эффективных и безопасных методов лечения. С помощью различных методов физиотерапии достигается наилучший эффект в лечении многих заболеваний при минимальной нагрузке на организм. При проведении физиопроцедур используются не химические вещества и лекарственные препараты, а физические факторы (токи, магнитные поля, лазерные лучи, ультразвук) и некоторые виды излучений (инфракрасное, ультрафиолетовое, поляризованный свет). Однако при неправильном применении физиопроцедуры могут нанести вред здоровью. Поэтому проводить их следует только по назначению лечащего врача. При приёме физиопроцедур пациент должен соблюдать определенные правила. Существуют несколько методов используемые в физиотерапии:

Лазерная терапия - это эффективное терапевтическое воздействие лазерного излучения низкой интенсивности (ЛИНИ), энергетический спектр которого совпадает со спектром поглощения ферментов-акцепторов, принимающих участие в процессе усвоения кислорода тканями. Влияние этого светового потока на организм уникально: поглотив энергию света, ферменты запускают ключевые биохимические реакции, отвечающие за обновление клеточных мембран. Клинически доказано, что лазерная терапия обладает противовоспалительным, обезболивающим, противоаллергическим, антимикробным и антивирусным действием, благотворно влияет на иммунитет, улучшает реологические свойства крови, снижает уровень холестерина, усиливает кровоснабжение и лимфоотток в тканях. При острых заболеваниях лазерная терапия в 2-3 раза сокращает сроки выздоровления, а при тяжёлых хронических формах приводит к длительной ремиссии. Этот метод физиотерапии отлично восстанавливает резервные возможности организма и может применяться с профилактической целью, для предотвращения грозных заболеваний. Воздействие лазером не вызывает аллергии, не приводит к привыканию, не имеет побочных действий, сеансы безболезненные и комфортные. Этим объясняется широчайший спектр болезней, при которых используется данный метод: заболевания сердечно-сосудистой системы, органов пищеварения, опорно-двигательного аппарата, мочеполовой системы, эндокринной системы. Сеансы лазерной терапии проводятся в амбулаторных условиях. Курс лечения составляет в среднем 8-10 дней. В зависимости от формы и типа заболевания у 78-95%

больных наступает улучшение уже после 4-5 сеанса. Противопоказаниями к применению лазерной терапии являются опухолевые заболевания.

Внутривенное лазерное облучение крови (ВЛОК) успешно применяется в акушерстве и гинекологии, урологии, гастроэнтерологии, дерматологии, кардиологии, хирургии, неврологии, оториноларингологии и многих других областях медицины. Высокая эффективность метода ВЛОК обусловлена его позитивным влиянием на многие ключевые факторы иммунитета, метаболические и регенераторные процессы организма, реологические свойства крови. Процедура ВЛОК проста и безопасна, проводится стерильными одноразовыми световодами, воздействие мягкое и комфортное. Продолжительность одного сеанса составляет от 8 до 30 минут, курс лечения – от 7 до 15 сеансов (устанавливается лечащим врачом). Эффективность ВЛОК даже в случаях выраженной хронической патологии подтверждается результатами исследований до 10 месяцев после окончания курса терапии.

Метод инфразвуковой терапии (ИФС) основан на положительном воздействии звука низкой частоты (инфразвука) на клеточную и межклеточную жидкости, внутриклеточные структуры, проницаемость клеточных мембран, молекулярные связи. Таким образом, инфразвук нормализует биохимические процессы в клетках, что способствует восстановлению нарушенных функций организма.

Показания:

- Предопухолевые заболевания: миомы, кисты, мастопатия, аденома;
- Заболевания желудочно-кишечного тракта: язва желудка и 12-перстной кишки, гастрит, дуоденит, колит, холецистит, панкреатит, холангит;
- Заболевания ЛОР-органов и нижних отделов дыхательной системы: бронхиальная астма, хронический бронхит, гайморит, ларингит, тонзиллит, фарингит, отит, трахеит, острая и хроническая формы пневмонии;
- Заболевания эндокринной системы;
- Заболевания опорно-двигательного аппарата: полиартрит, остеохондроз, ревматоидные и посттравматические поражения суставов, подагра, радикулит, миозит, невралгии;
- Заболевания, связанные с камнеобразованиями в органах;
- Сосудистые патологии: флебиты, геморрой;
- Кожные заболевания: псориаз, демодекоз, грибковые поражения слизистых оболочек;
- Аллергические реакции.

Лечение с помощью инфразвука не имеет возрастных ограничений и противопоказаний, кроме беременности. Транскраниальная электростимуляция - метод лечебного воздействия импульсным электрическим током на кору и подкорковые центры головного мозга. Терапевтическое воздействие ТЭС: оказывает обезболивающее действие; снимает эмоциональное напряжение, улучшает настроение, нормализует сон; оказывает общебиологическое действие: активизирует работу всех жизненно важных систем, повышает устойчивость к физическим и психическим нагрузкам, стимулирует регенерацию тканей, улучшает обменные процессы; увеличивает концентрацию эндорфинов – гормонов радости – в мозге, спинномозговой жидкости и крови в несколько раз; улучшает функциональность коры головного мозга, гипофиза, гипоталамуса; позволяет снизить дозировки применяемых лекарственных препаратов в 1,5-2 раза; ускоряет процесс реабилитации организма.

Показания:

- боли различной локализации и происхождения;

- неврозы, депрессия, хроническая усталость, нарушение сна, психоэмоциональное напряжение;
 - нейроциркуляторные дистонии всех форм;
 - ЛОР-заболевания: тугоухость, аллергический ринит, послеоперационные состояния;
 - гинекологические нарушения: предменструальный синдром, дисменорея, бесплодие, климакс, токсикоз при беременности;
 - гипертоническая болезнь, инфаркт миокарда, язвенная болезнь;
 - кожные заболевания, в том числе псориаз;
 - онкологические заболевания: приостанавливается рост опухолей, улучшается самочувствие и качество жизни.
- ТЭС-терапия значительно ускоряет процесс выздоровления организма, обладает мощным обезболивающим действием, нормализует сон, аппетит, улучшает деятельность головного мозга. Может использоваться в качестве профилактического средства для общего оздоровления, замедления старения организма. ТЭС-терапия может применяться у детей при синдроме дефицита внимания, гиперактивности, ночных страхах.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Физиотерапия: национальное руководство/под ред. Г.Н.Пономаренко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
- 2 Общая физиотерапия. Учебник /Под ред. Г.Н. Пономаренко. – СПб.: ВМедА, 2008. – 288 с.
- 3 В.В.Кирьяновой Физиотерапия - актуальное направление современной медицины: Сб. науч. тр. - СПб.: 2007. - 342 с.

Л.И. ВАНСОВИЧ

ӨРТҮРЛІ АУРУЛАРДЫ ЕМДЕУ БАРЫСЫНДА ҚОЛДАНЫЛАТЫН ФИЗИОТЕРАПИЯЛЫҚ КӨМЕКТИҢ ӨЗЕКТІЛІГІ

Түйін: Ғылыми-медициналық бағытта бейімделген физикалық факторлар емдеу және алдын алу шараларда қолданылуы медициналық тәжірибеде маңызды рольды атқарады.

Түйінді сөздер: физиотерапиялық процедуралар, инфродыбысты терапия, тоқтар, магниттік өрістер, лазер сәулесі, ультрадыбыс

L.I. VANSOVICH

FEATURES OF THE PHYSIOTHERAPEUTIC HELP AT TREATMENT OF VARIOUS DISEASES

Resume: The scientific and medical direction based on application of physical factors in medical and preventive actions is important in medical practice.

Keywords: physiotherapeutic procedures, infrasonic therapy, currents, magnetic fields, laser beams, ultrasound

Л.И. ВАНСОВИЧ

ГККП «Талгарская центральная районная больница»
г.Талгар

ПРИМЕНЕНИЕ НЕКОТОРЫХ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ В ТЕРАПИИ

В современной медицине физиотерапия применяется при комплексном лечении почти всех болезней нервной, эндокринной, сердечно-сосудистой и дыхательной систем, заболеваний мочеполовой сферы, опорно-двигательного аппарата, кожи и т.д.

Ключевые слова: физиотерапия, вибромассаж, вакуумная терапия, электростимуляция, электромассаж, лазеротерапия.

Физиотерапия (physis – природа + therapia – лечение – греч.) – лечение и профилактика заболеваний с помощью физических факторов воздействия на организм (механических, электрических, термальных, волновых и др.).

Существуют несколько методов используемые в физиотерапии:

Магнитотерапия – это безопасная физиотерапевтическая процедура с применением магнитных полей, не имеющая побочных эффектов и не вызывающая привыкания. Этот метод в некоторых случаях способен заменить медикаментозное лечение и может быть применен среди людей любого возраста. Магнитотерапия легко переносится даже сильно ослабленными больными и является единственным видом физиотерапевтических процедур, который можно применять даже во время острой стадии заболевания. Основная цель магнитотерапии – устранение болевых ощущений, особенно хронической боли, и уменьшение воспалительного процесса. Показания к применению: заболевания органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, мягких тканей; патологии желудочно-кишечного тракта, мочеполовой системы; остеохондроз, бронхиальная астма легкой формы, гнойно-воспалительные заболевания; заболевания нервной системы, токсикомания, алкоголизм; циститы, хронические неспецифические простатиты; кожно-аллергические реакции; спаечные процессы; гинекологические патологии, бесплодие. Магнитотерапия противопоказана при резко выраженном атеросклерозе сосудов головного мозга, гипертонии 3-й стадии, системных заболеваниях крови, эпилепсии, кровотечениях или склонностью к ним.

Вакуумная терапия – это безболезненный и высокоэффективный метод лечебного воздействия на организм человека, позволяющий быстро и безопасно купировать болевой синдром при остеохондрозе, радикулите и других подобных состояниях. Вакуумная терапия способствует мобилизации имеющихся ресурсов, активизирует обменные процессы, что позволяет быстро и качественно очистить организм от накопившихся шлаков, восстанавливает и омолаживает ткани. Под действием вакуумных банок создаются достаточно сильные перепады давления, при этом кожа и мягкие ткани втягиваются внутрь банки, где начинается процесс очень глубокой проработки: улучшается циркуляция крови и лимфы, устраняются застойные явления, выводятся токсины и вредные вещества, улучшается обмен веществ, ускоряются процессы регенерации тканей. Организм активно снабжается кровью, кислородом и питательными веществами. Роль

пятен, возникающих под воздействием вакуума, очень важна, с их помощью можно точно оценить процессы, происходящие в глубинных мягких тканях. Пятна формируются в течение первых четырех сеансов, при последующих процедурах они полностью рассасываются и больше не образуются. Выбор зоны проведения вакуумной терапии зависит от диагноза и основных методов лечения.

Электростимуляция – это терапевтическое воздействие электрическим током с целью активизации деятельности определенных органов и систем. Наиболее часто используется электростимуляция двигательных нервов и мышц, реже она применяется при заболеваниях внутренних органов. Для воздействия используют экспоненциальные или прямоугольные токи в виде одиночных импульсов или серии импульсов с интервалами, диадинамические, синусоидальные, модулированные токи, ритмический постоянный ток, а также токи, максимально приближенные к параметрам биопотенциалов стимулируемых мышц и органов. Электростимуляция рекомендуется при нарушениях двигательных функций (парезы, параличи), заболеваниях и травмах центральной и периферической нервной системы, нарушениях перистальтики ЖКТ и желчевыводящих путей, болезнях мочевого пузыря, мочеточников, матки и ее придатков. Успешно применяется для улучшения периферического артериального и венозного кровообращения, лимфооттока, для стимуляции диафрагмы и мышц передней брюшной стенки для улучшения дыхания. При всех своих преимуществах, воздействие электрическим током имеет определенные противопоказания: мерцательная аритмия, полная поперечная блокада сердца, политропная экстрасистолия, артериальная гипертензия, активная форма ревматизма, склонность к кровотечениям, обширные трофические язвы и раны, острые воспалительные процессы, лихорадка, послеоперационные состояния, а также общие противопоказания к проведению физиотерапевтических процедур.

Вибромассаж – создание колебательных движений в мягких тканях различной частоты и амплитуды, с помощью вибрационного аппарата. Вибромассаж улучшает кровообращение и обменные процессы в мышечных тканях, работу сердечно-сосудистой системы, благотворно воздействует на нервную систему, помогая устранить последствия стрессов и нервных перегрузок, стимулирует регенерацию и обновление тканей, оказывает противовоспалительное и обезболивающее действие, улучшает работу органов дыхания,

способствует повышению иммунитета и восстановлению работоспособности при хронической усталости.

Электромассаж - разновидность аппаратного массажа. Электромассаж улучшает работу лимфатической системы. Способствует очищению тканей от токсинов и шлаков, улучшает обменные процессы, помогает устранить проявления целлюлита, а также мышечные спазмы и гипертонус мышц, стимулирует кровообращение и способствует повышению иммунитета.

Электропунктура - воздействие слабым электрическим током на биоактивные точки (точки акупунктуры). Электропунктура помогает быстро устранить различные боли (болевые синдромы), улучшить работу внутренних органов и функциональных систем и восстановить энергетический баланс организма.

Ударно-волновая терапия с биологической обратной связью – воздействие ударными волнами от электромагнитного излучателя на определенную область тела. Биологическая обратная связь (БОС) позволяет видеть на мониторе физиологический эффект процедуры, правильно определить область воздействия и параметры физиотерапии. Благодаря применению этого метода физиотерапии улучшается проведение нервных импульсов, высвобождаются зажатые нервные окончания, укрепляется мышечный каркас спины, повышается тонус мышц, улучшается двигательная активность, ускоряется восстановление после

перенесенных травм и операций, улучшается осанка (в частности при комплексном лечении сколиоза), улучшается циркуляция крови и лимфоток. Волновая терапия повышает эффективность лечения при головных болях (в том числе мигрени, головной боли напряжения), гипертонии, различных болевых синдромов.

Лазеротерапия – лечение с помощью энергии направленного лазерного излучения. Терапевтический эффект лазерной терапии достигается благодаря поглощению световой энергии биоактивными ферментами тканей организма.

Лазерная терапия оказывает биостимулирующее воздействие, способствует омоложению клеток, улучшению биохимических процессов и обмена веществ, очищению тканей от токсинов и шлаков, повышению иммунитета и мобилизации внутренних ресурсов самовосстановления организма. Направленный поток лазерного излучения улучшает микроциркуляцию крови (капиллярное кровоснабжение), трофику (питание) тканей, работу лимфатической системы, оказывает противовоспалительное, обезболивающее, противовирусное и противоаллергенное действие.

В современной медицине лазерная терапия применяется при комплексном лечении болезней нервной, эндокринной, сердечно-сосудистой и дыхательной систем, заболеваний мочеполовой сферы, опорно-двигательного аппарата, кожи.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Пономаренко Г.Н. Общая физиотерапия: Учебник. - СПб.: ВМедА, 1998. – 254 с.
- 2 Пономаренко Г.Н. Физические методы лечения: Справочник. – Изд. 2-е перераб. и доп. – СПб.: ВМедА, 2002. – 299 с.
- 3 Г.Н.Пономаренко Частная физиотерапия: Учебное пособие. - М.:ОАО "Издательство "Медицина", 2005. - 244 с.

Л.И.ВАНСОВИЧ

ТЕРАПИЯДА КЕЙБІР ФИЗИОТЕРАПИЯЛЫҚ ТӘСІЛДЕРДІ ҚОЛДАНУ ЖӨНІНДЕ

Түйін: Қазіргі кезде медицина саласында невр аурулардың, эндокринды, жүрек-қантамыр аурулардың, тыныс алу жүйесінің, несеп-жыныс жолдарының, сүйек-бұлшық ет жүйесінің барлық ауруларында физиотерапия әдістері ем ретінде қолданылады.

Түйінді сөздер: физиотерапия, вибромассаж, вакуумдық терапия, электрлық ынталандыру, электрлық сипала, лазерлік терапия.

L.I.VANSOVICH

APPLICATION OF SOME PHYSIOTHERAPEUTIC TREATMENT METHODS IN THERAPY

Resume: In modern medicine the physical therapy is applied at complex treatment of almost all diseases of nervous, endocrine, cardiovascular and respiratory systems, diseases of the urinogenital sphere, the musculoskeletal device, skin, etc.

Keywords: physical therapy, vibromassage, vacuum therapy, electrostimulation, laser therapy.

УДК 615.83(083.13)(470+571).

Н.А. ТАУБАЛДИНОВА, Л.И. ВАНСОВИЧ, А.М. ДЖЕКЕСЕНБИЕВА, А.А. БУШАНСКАЯ

ГККП «Талгарская центральная районная больница»

г.Талгар

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ПРИМЕНЕНИЕ ФИЗИОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ПНЕВМОНИИ

Изучение особенностей распространенности пневмонии, имеет важное значение для совершенствования, организации и планирования терапевтической, физиотерапевтической помощи.

Ключевые слова: пневмония, органы дыхания, заболеваемость, распространенность.

Пневмония – острое поражение легких инфекционно-воспалительного характера, в которое вовлекаются все структурные элементы легочной ткани, преимущественно - альвеолы и интерстициальная ткань легких.

Острая пневмония встречается у 10-14 человек из 1000, в возрастной группе старше 50 лет – у 17 человек из 1000. Актуальность проблемы заболеваемости острой пневмонией сохраняется, несмотря на внедрение новых антимикробных препаратов, также как сохраняется высокий процент осложнений и летальность (до 9%) от пневмоний. Пневмония может развиваться у ослабленных больных, присоединяясь к течению сердечной недостаточности, онкологических заболеваний, нарушениям мозгового кровообращения, и осложняет исход последних. У пациентов со СПИДом пневмония является основной непосредственной причиной гибели.

Среди причин, вызывающих пневмонию, на первом месте стоит бактериальная инфекция. Чаще всего возбудителями пневмонии являются:

- грамположительные микроорганизмы: пневмококки (от 40 до 60%), стафилококки (от 2 до 5%), стрептококки (2,5%);
- грамотрицательные микроорганизмы: палочка Фридлендера (от 3 до 8%), гемофильная палочка (7%), энтеробактерии (6%), протей, кишечная палочка, легионелла и др. (от 1,5 до 4,5%);
- микоплазмы (6%);
- вирусные инфекции (вирусы герпеса, гриппа и парагриппа, аденовирусы и т. д.);
- грибковые инфекции.

Также пневмония может развиваться вследствие воздействия неинфекционных факторов: травм грудной клетки, ионизирующего излучения, токсических веществ, аллергических агентов. К группе риска по развитию пневмонии относятся пациенты с застойной сердечной недостаточностью, хроническими бронхитами, хронической носоглоточной инфекцией, врожденными пороками развития легких, с тяжелыми иммунодефицитными состояниями, ослабленные и истощенные больные, пациенты, длительно находящиеся на постельном режиме, а также лица пожилого и старческого возраста.

Особо подвержены развитию пневмонии курящие и злоупотребляющие алкоголем люди. Никотин и пары алкоголя повреждают слизистую оболочку бронхов и угнетают защитные факторы бронхопульмональной системы, создавая благоприятную среду для внедрения и размножения инфекции. Инфекционные возбудители

пневмонии проникают в легкие бронхогенным, гематогенным или лимфогенным путями. При именуемом снижении защитного бронхопульмонального барьера в альвеолах развивается инфекционное воспаление, которое через проницаемые межальвеолярные перегородки распространяется на другие отделы легочной ткани. В альвеолах происходит образование экссудата, препятствующего газообмену кислорода между легочной тканью и кровеносными сосудами. Развиваются кислородная и дыхательная недостаточность, а при осложненном течении пневмонии - сердечная недостаточность. В развитии пневмонии выделяется 4 стадии: стадия прилива (от 12 часов до 3 суток) – характеризуется резким кровенаполнением сосудов легких и фибринозной экссудацией в альвеолах; стадия красного опеченения (от 1 до 3 суток) – происходит уплотнение ткани легкого, по структуре напоминающей печень. В альвеолярном экссудате обнаруживаются эритроциты в большом количестве; стадия серого опеченения – (от 2 до 6 суток) – характеризуется распадом эритроцитов и массивным выходом лейкоцитов в альвеолы; стадия разрешения – восстанавливается нормальная структура ткани легкого. Анализ заболеваемости по РК показал, что наиболее высокие уровни заболеваемости пневмонией в 2011 году регистрируются в Павлодарской области 1003,9 случая на 100.тыс населения, далее по убыванию Жамбылской (877,4), Акмолинской области (871,8).

Особенно тревожит рост болезни у детей от 0 до 14 лет в Акмолинской области, где на 100 тыс.населения приходится 2620,1 случаев, при республиканском показателе 1314,8 случая. Второе место по рангу занимает Павлодарская область (2429,2), третья - Жамбылская область-1983,2 случая.

Заболеваемость среди подростков от 15-17 лет выражена в Павлодарской (1340,8 случаев на 100 тыс.населения), С-Казахстанской области (1020,1) и Костанайской (752,7) области [1].

Пациентов с пневмонией, как правило, госпитализируют в общетерапевтическое отделение или отделение пульмонологии.

На период лихорадки и интоксикации назначается постельный режим, обильное теплое питье, высококалорийное, богатое витаминами питание. При выраженных явлениях дыхательной недостаточности большим пневмонией назначают ингаляции кислорода.

Основным в лечении пневмонии является антибактериальная терапия. При внегоспитальной пневмонии чаще назначают пенициллины (амоксиклав, ампициллин и т. д.), макролиды (ровамицин, рулид), цефалоспорины (цефазолин, кефзол и др.). Выбор

способа введения антибиотика определяется тяжестью течения пневмонии.

Для лечения внутрибольничных пневмоний используют пенициллины, цефалоспорины, фторхинолоны (ципрофай, таривид и т.д.), карбапенемы (тиенам), аминогликозиды (гентамицин). При неизвестном возбудителе назначают комбинированную антибиотикотерапию из 2-3 препаратов. Курс лечения может продолжаться от 7-10 до 14 дней, возможна смена антибиотика.

При пневмониях показано проведение дезинтоксикационной терапии, иммуностимуляции, назначения жаропонижающих, отхаркивающих и муколитических, антигистаминных средств.

Лечение пневмонии проводится до полного выздоровления пациента, которое определяется нормализацией состояния и самочувствия, физикальных, рентгенологических и лабораторных показателей.

При частых повторных пневмониях одной и той же локализации решается вопрос о хирургическом вмешательстве.

После прекращения лихорадки и интоксикации режим расширяют и назначают проведение физиотерапии (электрофорез с кальцием хлоридом, калием йодидом, лидазой, УВЧ, массаж, ингаляции) и ЛФК для стимуляции разрешения воспалительного очага.

Для улучшения гемодинамики, а также обменных процессов целесообразно назначать ежедневные лечебные ванны. Продолжительность ванны 5-10 мин. Противопоказаний к применению лечебных ванн нет.

Рекомендуются **горчичники**, банки. В ряде случаев эффективны ежедневные аппликации парафина на грудную клетку, температура его должна быть 37-38°C, продолжительность процедуры 20-30 мин, всего 10-12 раз.

Если пневмония протекает на фоне рахита, рекомендуется **ультрафиолетовое облучение** субэритемными дозами — 3-5 сеансов. УВЧ-терапия применяется ежедневно или через день с 3-4-го дня болезни на оба легкие от 10 до 15 мин, всего 8-10 сеансов. Она особенно показана при пневмонии с затяжным течением.

Диатермия назначается ежедневно в течение 10-25 мин, но не ранее 7-8-го дня от начала заболевания, всего 8-10 сеансов. Если пневмония принимает затяжное течение, лучше назначать коротковолновую диатермию (КВД) — 8-10 сеансов по 20-30 мин. Противопоказанием к назначению диатермии, является наличие гнойных очагов в легких, плевре или других органах, а также экссудативный диатез. При положительной реакции Пирке или Манту (1 : 10 000) диатермию, УВЧ, кварц и другие электропроцедуры применять не следует.

В последнее время для лечения пневмонии широко используется **электрофорез**. Электрофорез применяется со следующими лекарственными препаратами: 2-5% раствор кальция хлорида, 5% раствор меди сульфата, 2% раствор натрия бромиды, 5-10% раствор магния сульфата, 2% раствор новокаина. При помощи электрофореза можно вводить антибиотики. В период выздоровления при уменьшении одышки показано применение общего массажа и лечебной гимнастики [2,3,4].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Статистический сборник «Здоровье населения РК и деятельность организаций здравоохранения в 2011 году». - Астана: 2012 г.
- 2 Клячкин Л.М, Малявин А.Г., Пономаренко Г.Н., Самойлов В.О., Щегольков А.М. Физические методы лечения в пульмонологии. – СПб.: СЛП, 1997. – 316 с.
- 3 Червинская А.В. Галотерапия в профилактике и восстановительном лечении болезней органов дыхания // Современные технологии восстановительной медицины / Под. ред. Труханова А.И. – М.: Медика, 2004. – С.137-158.
- 4 Червинская А.В. Галотерапия. Глава 5.3.2.// Пневмология в пожилом и старческом возрасте. - СПб.: МЕД МАСС МЕДИА, 2005. - 712 с. / Под ред. А.Н. Кокосова. – С.308-316.

Н.А. ТАУБАЛДИНОВА, Л.И. ВАНСОВИЧ, А.М. ДЖЕКЕСЕНБИЕВА, А.А. БУШАНСКАЯ
ПНЕВМОНΙΑ АУРУШЫЛДЫҒЫНЫҢ ТАРАЛУЫ ЖӘНЕ ФИЗИОТЕРАПИЯЛЫҚ
ЕМДІ ҚОЛДАНУ

Түйін: Пневмония аурушылдығының таралуын зерттеу, терапиялық, физиотерапиялық медициналық көмекті жақсартуға, жоспарлауға мүмкіндік береді.

Түйінді сөздер: пневмония, тыныс алу ағзалары, аурушылдық, таралу

N.A. TAUBALDINOVA, L.I. VANSOVICH, A.M. DZHEKSENBEIEVA, A.A. BUSHANSKAYA
PREVALENCE OF INCIDENCE AND PHYSICAL THERAPY APPLICATION IN PNEUMONIA TREATMENT

Resume: Studying of features of prevalence of pneumonia, is important for improvement, the organization and planning of the therapeutic, physiotherapeutic help.

Keywords: pneumonia, respiratory organs, incidence, prevalence

УДК 616.12-008.331.1-036.2(470.345)

А.Т. БАРМАГАМБЕТОВА

КГП на ПХВ Атырауская городская поликлиника №3
г.Атырау

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В КАЗАХСТАНЕ И ЗА РУБЕЖОМ

Артериальная гипертензия является важнейшим независимым фактором риска развития многих сердечно-сосудистых заболеваний. Доказана взаимосвязь между уровнем артериального давления и заболеваемостью и смертностью от сердечно-сосудистых заболеваний.

Ключевые слова: заболеваемость, артериальная гипертензия, артериальное давление, система кровообращения

По эпидемиологическим данным артериальная гипертензия (АГ) является одним из широко распространенных заболеваний сердечно-сосудистой системы в Казахстане и за рубежом. Впервые взаимосвязь между уровнем артериального давления и заболеваемостью и смертностью от сердечно-сосудистых заболеваний была приведена в 1960-х годах в Veterans administration Cooperative Study 1967-1970 гг. [1].

Основные изменяемые причины высокого кровяного давления - диета, богатая солью, низкий уровень физической активности, ожирение, употребление алкоголя. В результате кумулятивного действия этих факторов артериальное давление увеличивается с возрастом. Около 62% цереброваскулярных заболеваний и 49% ишемической болезни сердца вызвано субоптимальными уровнями артериального давления

(систолическое артериальное давление (САД) >115 mmHg).

Высокое артериальное давление вносит вклад в 7,1 миллионов смертей, что составляет около 13% всех смертных случаев в мире [2].

По данным анализа, охватывающего около 37 проспективных когортных исследований с более чем 425 тысяч исследуемых, отмечается, что снижение систолического артериального давления на 10mmHg снижает риск инсульта на 37% и риск возникновения ишемической болезни сердца на 25% [3].

Анализируя данные Европейского бюро ВОЗ болезни системы кровообращения, необходимо отметить высокий рост заболеваемости в Беларуси с показателем – 6125,65 на 100.тыс населения, Литве (4489,78), Венгрии (3677,88), Болгарии (3617,16), Чехии (3085,66) и т.д. (рисунок 1).

Число выбывших из стационара: болезни системы кровообращения/100000 населения, 2010

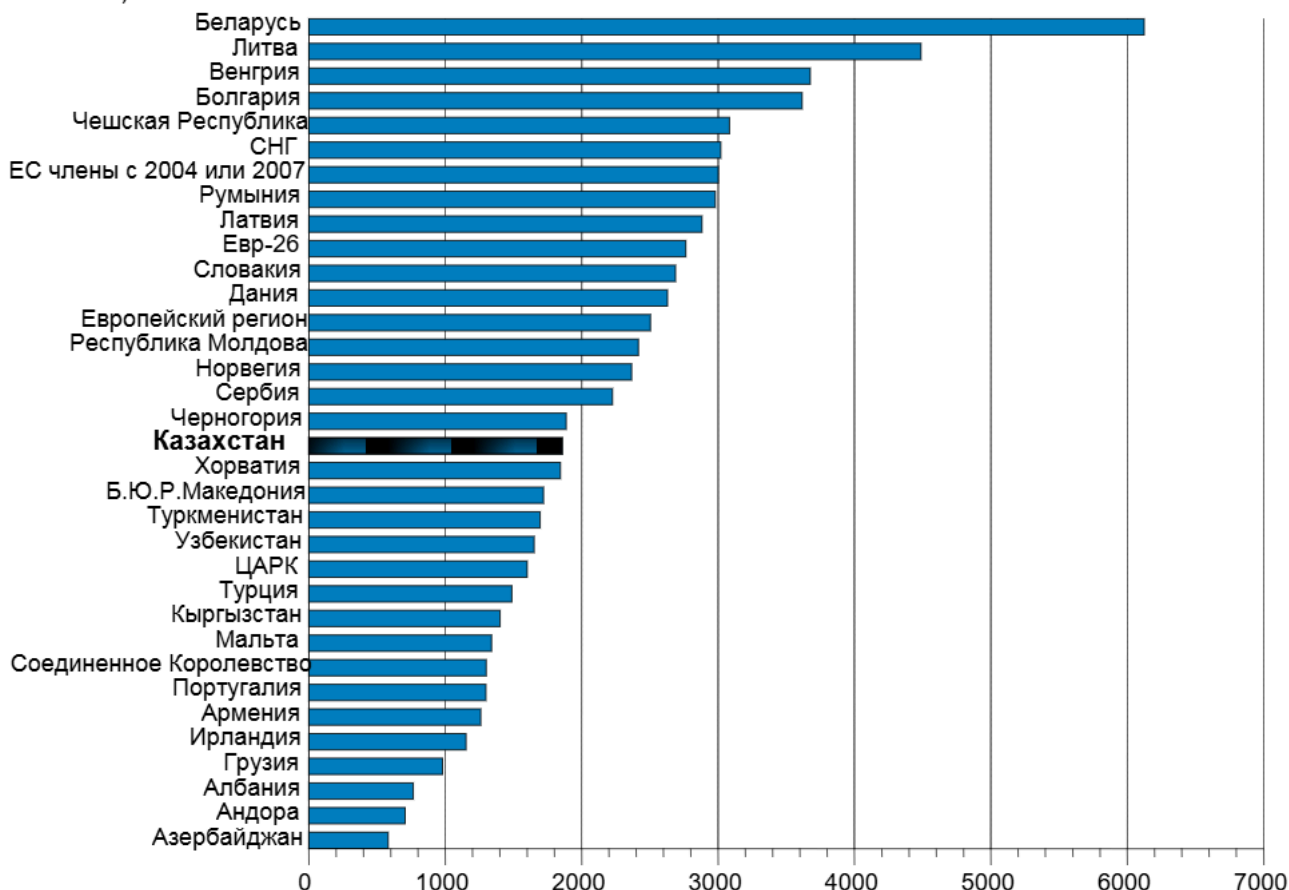


Рисунок 1 - Структура распространенности болезни системы кровообращения по данным ВОЗ

Казахстан занимает срединное место с показателем 1858,77 случая на 100.тыс населения и самый низкий показатель в Азербайджане – 584,11.

В Казахстане ежегодно выявляются около 30000 больных с артериальной гипертензией (рис 2.)[4].

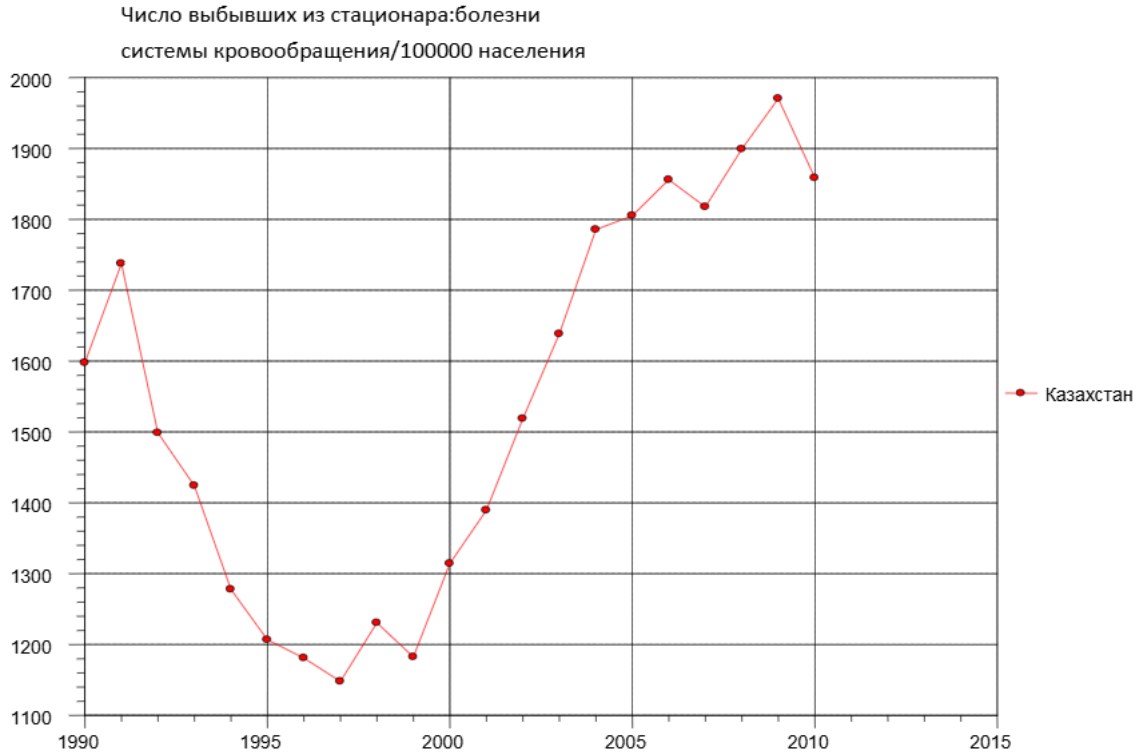


Рисунок 2 - Динамика распространенности болезни системы кровообращения в РК за последние 20 лет

С 1997 - по 2009 годы отмечается рост заболеваемости артериальной гипертензией с 1147,89 до 1970,18 на 10 тысяч населения.

Распространенность артериальной гипертензии в Казахстане по данным различных исследователей варьируется от 15,2 до 27%, причем отмечается почти одинаковый уровень распространенности АГ в городе и на селе, что сопоставимо с международными данными [5].

В России по разным данным распространенность АГ составляет от 20 до 35% у мужчин и от 28-40% у женщин. Стандартизированная по возрасту распространенность изолированной систолической артериальной гипертензии в России составляет 9,6% у мужчин, 7,7% у женщин [6].

В Кыргызстане среди мужчин и женщин 18-65 лет выявлена высокая распространенность эссенциальной гипертонии среди сельского и городского населения. Имеется дефицит знаний о повышенном уровне артериального давления среди населения, не обнаружено достоверной разницы по уровню знаний между селом и городом [7].

В Узбекистане при проспективном исследовании распространенность артериальной гипертензии среди умерших составила 65,2% у мужчин, 60,2 % у женщин. Выявлена высокая распространенность артериальной гипертензии у мужчин и женщин 20-59 лет, существенный вклад в развитие артериальной гипертензии вносят такие факторы риска как курение, дислипидемия и др.[8].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 The North Karelia Project 20 years results and experiences. P.Puska, L. Tuomilehto, A.Nissinen, E.Vartianen. The National Public Institute, Finland: 1995. - P.363
- 2 The world health report 2002. Reducing risks, Promoting healthy life. WHO. - 2002
- 3 Оганов Р.Г., Шальнова С.А., Деев А.Д., Жуковский Г.С., Шестов Д.Б. Артериальная гипертония и ее вклад в смертность от сердечно-сосудистых заболеваний//Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. - 2001.- №4. - С. 8-14.
- 4 Европейская база данных регионального бюро ВОЗ.
- 5 Статистический сборник «Здоровье населения РК и деятельность организаций здравоохранения в 2011 году». - Астана: 2012 г.
- 6 Шальнова С.А., Деев А.Д., Вихирева О.В. и др. Распространенность артериальной гипертонии в России: информированность, лечение, контроль // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья.-2001.-№2.-С.3-7.
- 7 Д.К. Турсалиева. Распространенность артериальной гипертонии и ее факторов риска у городского и сельского населения Кыргызстана с оценкой эффективности дифференцированных обучающих программ для вторичной профилактики. Автореферат на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. - Бишкек: 2005г.
- 8 Р.Д. Курбанов, И.О. Митропольская, Р.Ш. Мамутов, Г.Х.Ярмухамедова. Распространенность артериальной гипертонии, факторов риска и их связь со смертностью (проспективное исследование). «Совершенствование профилактики, диагностики и лечения основных сердечно-сосудистых заболеваний и оптимизация работы кардиослужбы» 23-24 мая 2003г. - Ташкент: 2003г.- 104 с. – С. 53-55.

А.Т. БАРМАГАМБЕТОВА

ҚАЗАҚСТАНДА ЖӘНЕ ШЕТ ЕЛДЕРІНДЕГІ АРТЕРИАЛДЫҚ ГИПЕРТЕНЗИЯ АУРУШЫЛДЫҒЫНЫҢ ТАРАЛУЫ

Түйін: Артериалдық гипертония көптеген жүрек-қантамыр ауруларының пайда болуына ықпал ететін фактордың бірі болып табылады. Жүрек-қантамыр аурулары мен артериалдық гипертония аурушылдығы, өлім-жітім көрсеткіштері арасында өзара байланыс анықталып, дәлелденген.

Түйінді сөздер: аурушылдық, артериалдық гипертония, артериалдық қысым, қан тамыр аурулар жүйесі.

A.T. BARMAGAMBETOVA

PREVALENCE OF ARTERIAL HIGH BLOOD PRESSURE IN KAZAKHSTAN AND ABROAD

Resume: A hyperpiesis is a major independent risk of development of many cardiovascular diseases factor. Intercommunication is well-proven between the level of arteriotony and morbidity and death rate from cardiovascular diseases.

Keywords: morbidity, hyperpiesis, arteriotony, system of circulation of blood

УДК: 616.72-002-022.6:615.5

Н.А. ТАУБАЛДИНОВА, Л.И. ВАНСОВИЧ, А.М. ДЖЕКСЕНБИЕВА, А.А. БУШАНСКАЯ

ГККП «Талгарская центральная районная больница»

г.Талгар

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Изучение особенностей распространенности ревматоидного артрита, имеет важное значение для совершенствования организации и планирования медицинской помощи, в том числе и в физиотерапии.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, распространенность, физиотерапия

Ревматоидный артрит (rheumatoid arthritis) - это системное заболевание соединительной ткани с преимущественным поражением мелких суставов по типу эрозивно-деструктивного полиартрита неясной этиологии со сложным аутоиммунным патогенезом. Название происходит от древне-греческого языка – «ревмат» что значит «течение», суффикс – «оидный» означает «подобный», «артрит» переводится как «сустав» и суффикс –ит (греческого –itis) обозначает «состояние воспаления».

Причины заболевания на сей день неизвестны. Косвенные данные, такие, как увеличение количества лейкоцитов в крови и скорости оседания эритроцитов (СОЭ), указывают на инфекционную природу процесса. Полагают, что заболевание развивается в результате инфекции, вызывающей нарушения иммунной системы у наследственно предрасположенных лиц; при этом образуются так называемые иммунные комплексы (из антител, вирусов и прочее), которые откладываются в тканях и приводят к повреждению суставов, но неэффективность лечения ревматоидного артрита антибиотиками скорее всего свидетельствует о неправомерности такого предположения [1].

Заболевание характеризуется высокой инвалидностью (70 %), которая наступает довольно рано. Основными причинами смерти от заболевания являются инфекционные осложнения и почечная недостаточность. Анализ заболеваемости по РК показал, что наиболее высокие уровни регистрируются в В-Казахстанской области 2854,1 случая на 100.тыс населения, далее по убыванию Павлодарская (2323,2), С-Казахстанская (2179,4), Акмолинская (2059,1) области .

Особенно тревожит рост болезни у детей от 0 до 14 лет в Павлодарской области, где на 100 тыс.населения приходится 2867,1 случаев, при республиканском показателе 1002,2 случая. Второе место по рангу занимает В-Казахстанская область (1984,8), третье – Мангыстауская область – 1389,2 случая.

Заболеваемость среди подростков от 15-17 лет выражена в В-Казахстанской области (7746,2), Павлодарской (5070,7) и Акмолинской (4170,5) областей [2].

Лечение сосредотачивается в основном на облегчении боли, замедлении развития заболевания и восстановлении поврежденных с помощью хирургического вмешательства.

Комплекс мероприятий для лечения ревматоидного артрита включает, как правило, элементы физиотерапии и трудовой терапии.

Здоровые суставы – это своего рода «крепления», позволяющие нам ежедневно двигаться и

функционировать. Суставы, пораженные ревматоидным артритом, могут быть слишком болезненными или поврежденными эрозией, чтобы полноценно функционировать, в команду лечащих врачей войдут ревматолог и другие специалисты. Физиотерапевт занимается восстановлением двигательной функции суставов. Реабилитологи помогут вам вернуться к вашим привычным, ежедневным занятиям. Цели и методы лечения, используемые физиотерапевтами и реабилитологами во многом сходны, однако существуют некоторые различия.

В основе физиотерапии лежит возобновление способности двигаться. Комплекс специальных лечебно-восстановительных упражнений и других мероприятий развивает мышечную систему, укрепляет кости и суставы. Результатом является увеличение силы, повышение тонуса и улучшение общего физического состояния.

Физиотерапевт поможет достигнуть максимальной подвижности сустава, мышечной силы и хорошей физической формы. Они хорошо знают биомеханику костей, суставов и мышц, потенциальные осложнения и методы их устранения. Выполнение комплекса специальных упражнений под руководством физиотерапевта эффективно при любой стадии ревматоидного артрита. На ранних этапах лечения ревматоидного артрита физиотерапевт оценивает и фиксирует прогресс относительно улучшения подвижности, мышечной силы и общей физической формы. Программа лечебно-восстановительных мероприятий направляется обычно на ограничение суставных осложнений в ходе разворачивания клинической картины.

При умеренной и тяжелой степени ревматоидного артрита физиотерапевт помогает поддерживать и улучшать гибкость суставов.

Существует ряд методов, использующихся физиотерапевтами для достижения терапевтического эффекта:

- Упражнения. Полноценная программа лечебной физкультуры состоит из упражнений на растягивание и улучшения гибкости, силовых и общеукрепляющих упражнений.

- Тепло/холод. Применение теплых или холодных компрессов к воспаленным и болезненным суставам помогает улучшить состояние.

- Массаж. Массаж бывает эффективным при уменьшении симптомов у больных с хроническими болями.

Реабилитологи занимаются уменьшением зависимости больных от окружающих в повседневной жизни. Они

оценивают уровень способности пациента выполнять рутинные действия. Если выполнение ежедневных действий по дому или на работе становится непосильной задачей, реабилитолог может изменить ситуацию к лучшему. Эти специалисты владеют

множеством методов (распределение нагрузок, использование адаптивных приспособлений и т.д.) помогая послеоперационным больным обрести больше свободы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 В.В. Бадокин. Ревматология. Клинические лекции. - Изд.: Литтера. – 2012. – 592с.
- 2 Статистический сборник «Здоровье населения РК и деятельность организаций здравоохранения в 2011 году». - Астана: 2012 г.

Н.А. ТАУБАЛДИНОВА, Л.И. ВАНСОВИЧ, А.М. ДЖЕКЕСЕНБИЕВА, А.А. БУШАНСКАЯ РЕВМАТОИДТЫҚ АРТРИТ АУРУШЫЛДЫҒЫНЫҢ ТАРАЛУЫ ЖӘНЕ ФИЗИОТЕРАПИЯЛЫҚ КӨМЕК

Түйін: Ревматоидтық артриттың таралуын зерттеу, медициналық көмекті әсіресе физиотерапия көмегін жақсартуға, жоспарлауға мүмкіндік береді.

Түйінді сөздер: ревматоидтық артрит, таралу, физиотерапия

N.A. TAUBALDINOVA, L.I. VANSOVICH, A.M. DZHEKSENBEIEVA, A.A. BUSHANSKAYA PREVALENCE AND PHYSIOTHERAPEUTIC TREATMENT OF RHEUMATOID ARTHRITIS

Resume: Studying of features of prevalence of rheumatoid arthritis, is important for improvement of the organization and planning of medical care, including in physical therapy.

Keywords: rheumatoid arthritis, prevalence, physical therapy

А.Е. АБИДКУЛОВА

Центральная клиническая больница МЦ УДП РК (объединение врачебных комплексов), г.Алматы

ПРИМЕНЕНИЕ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ТЭЛА

В статье описана эффективность применения антикоагулянтной терапии препаратом варфарин у пациентов с подтвержденным ТЭЛА, получавших лечение для нормализации гемодинамики, восстановления проходимости легочной артерии и предотвращения рецидива заболевания, у пациентов с тромбозом вен и периферических артерий и после операции протезирования клапанов сердца, получавших лечение для профилактики развития ТЭЛА.

Ключевые слова: *тромбоэмболии легочной артерии, Международное нормализованное отношение (МНО), вторичное тромбообразование.*

Актуальность. Практическая значимость проблемы тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) в настоящее время определяется, во-первых, явным нарастанием частоты легочных эмболий при самых разнообразных заболеваниях; во-вторых, значительным увеличением частоты послеоперационных и посттравматических эмболий, чаще возникающих при сложных хирургических вмешательствах; в-третьих, тем обстоятельством, что ТЭЛА становится третьей по частоте причиной смерти в высокоразвитых странах, уступая только сердечно-сосудистым заболеваниям и злокачественным новообразованиям.

Актуальность проблемы ТЭЛА обусловлена не только тяжестью течения заболевания и высокой летальностью, но и трудностями своевременной диагностики этого осложнения из-за полиморфизма развивающихся клинических синдромов [1].

Целью настоящей работы является оценка эффективности применения антикоагулянтной терапии в профилактике и лечении ТЭЛА.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось: 15 пациентов с подтвержденным ТЭЛА, получающих антикоагулянтную терапию для нормализации гемодинамики, восстановления проходимости легочной артерии и предотвращения рецидива заболевания, 17 пациентов с тромбозом вен и периферических артерий и 3 пациента после операции протезирования клапанов сердца, получающих лечение для профилактики развития ТЭЛА.

До начала лечения всем пациентам была проведена комплексная оценка системы гемостаза, включающая определение показателя МНО (Международное нормализованное отношение), количества тромбоцитов, концентрации фибриногена, растворимых фибриномономерных комплексов (РФМК). В дальнейшем данные показатели определяли с целью последующей коррекции антикоагулянтной терапии и определения показаний к назначению дезагрегантов. Для уточнения функционального состояния системы гемостаза и прогнозирования его изменений проводились коагуляционные, реологические и биохимические исследования крови, а также поиск лабораторных предикторов геморрагических осложнений, дополняющих определение МНО при контроле антикоагулянтной терапии варфарином.

Средние значения МНО у больных с искусственными клапанами сердца (ИКС) составляли 2,8; у больных с тромбоэмболией легочной артерии (ТЭЛА) и тромбозом глубоких вен (ТГВ) – 2,4. Необходимо подчеркнуть, что коррекция дозы варфарина и других факторы риска под контролем МНО повышает эффективность антикоагулянтной терапии и качество жизни пациента.

Определение дозировки варфарина было строго индивидуальным. Чувствительность больных к антикоагулянтной терапии значительно варьирует, что обусловлено как индивидуальными особенностями больных, так и взаимодействием со многими лекарственными препаратами, которые могут как усиливать, так и ослаблять антикоагулянтное действие варфарина.

При последующем контроле антикоагулянтной терапии при МНО менее 1,5 доза увеличивалась на 10-20%, при МНО от 1,5-1,9 – на 5-10%, при МНО от 2,0-3,0 – доза не менялась; при МНО от 3,1 до 3,9 – снижалась на 5-10%, при МНО от 4,0-4,9 отменяли прием препарата на 1-2 дня и последующую дозу уменьшали на 10%, при МНО > 6,0 – отменяли прием препарата в течение 2-х дней с уменьшением дозы на 15% и дальнейшей ее коррекцией каждые три дня до получения уровня МНО дважды в терапевтическом диапазоне. При терапевтическом уровне МНО (2,0-3,0) достигается оптимальное соотношение профилактики тромбоэмболий и риска кровотечений. Имеется наличие прямой зависимости развития кровотечений от интенсивности антикоагуляции - опасно повышение МНО выше 4,0.

Результаты. Проведенное антикоагулянтное лечение у исследуемых пациентов позволило поддерживать МНО на терапевтическом уровне (2,0-3,0) и достигнуть оптимального соотношения профилактики тромбоэмболии, предотвращения развития осложнений ТЭЛА и риска кровотечений.

Таким образом, применение антикоагулянтной терапии позволяет предотвратить вторичное тромбообразование в легочном сосудистом русле и прогрессировании венозного тромбоза. Применение варфарина как антикоагулянтного препарата позволяет нормализовать гемодинамику и восстановить проходимость легочной артерии, предотвратить развитие осложнений и летального исхода.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Баркаган З.С., Мамот А.П., Тараненко И.А. и др. Основы пролонгированной профилактики и терапии тромбоэмболий антикоагулянтами непрямого действия (показания, подбор доз, лабораторный мониторинг). - М.: 2004. – С.17.
- 2 Козлова Т.В. Эффективность и безопасность длительной антикоагулянтной терапии Варфарином у больных с венозными тромбозами. // Научно–практическая ревматология.- 2005.- № 4.- С. 53-58.
- 3 Метелица В.И. Справочник по клинической фармакологии сердечно–сосудистых лекарственных средств. – М.: БИНОМ.- 2002.- С. 211–213.
- 4 Шилов А.М., Мельник М.В., Сиротина И.Л. Применение варфарина в терапевтической практике. Методические рекомендации лечения (МНО).- М.: 2003. – С.46.

А.Е. ӘБІДҚҰЛОВА

ӨАТЭ-НЫҢ АЛДЫН АЛУ ЖӘНЕ ЕМДЕУДЕ АНТИКОАГУЛЯНТТЫ ТЕРАПИЯНЫ ҚОЛДАНУ

Түйін: Мақалада гемодинамиканы, өкпе артериясының өткізгіштігін қалпына келтіру және ауру рецидивін болдырмау үшін емделген ӨАТЭ расталған, ӨАТЭ дамуының алдын алуға арналған ем қабылдаған вена тромбоздары мен перифериялық артериялар және жүрек қақпақшаларын протездеу операцияларынан кейінгі емделушілерге варфарин препаратымен антикоагулянтты терапияны қолдану тиімділігі сипатталған

Түйінді сөздер: өкпе артериясының тромбоэмболиясы, Халықаралық қалпына келтірілген қатынас (ХҚК), екінші қайтара тромботүзіліс.

A.E. ABIDKULOVA

APPLICATION OF ANTICOAGULANT THERAPY IN PROPHYLAXIS AND TREATMENT OF PULMONARY EMBOLISM

Resume: The article describes the efficacy of anticoagulation therapy with warfarin in patients with confirmed pulmonary embolism treated for normalization of hemodynamics, pulmonary artery patency and the prevention of recurrence in patients with venous thrombosis and peripheral arterial disease and after heart valve replacement surgery treated for the prevention of PTE.

Keywords: pulmonary embolism, the international normalized ratio (INR), secondary thrombosis.

З.О. ЖАКСЫЛЫКОВА

Центральная клиническая больница МЦ УДП РК
(отделение лабораторной диагностики), г.Алматы

НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ИММУНИТЕТА ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ

В статье описаны результаты изучения иммунных нарушений у пациентов с затяжным течением внебольничной пневмонии. Неспецифические факторы иммунитета при ВП характеризуются активацией процессов свободно-радикального окисления нейтрофилов, повышенным содержанием ЦИК, отсутствием адекватной реакции системы комплемента. Эти изменения были более выражены при затяжном течении пневмонии.

Внебольничная пневмония (ВП) остается одной из актуальных проблем современной медицины, что обусловлено высокой заболеваемостью. Так, в РК за последние 20 лет показатель заболеваемости ВП увеличился в 2 раза и составляет около 30 тыс. больных в год [1]. В структуре бронхолегочных заболеваний пневмонии занимают 3-е место. Показатель летальности при тяжелой форме заболевания колеблется от 14 до 40% и возрастает среди больных старше 60 лет. Во многом это обусловлено тяжелым и затяжным течением, протекающим с осложнениями в виде плеврита, абсцедирования и острой дыхательной недостаточностью. Примерно у 25-30% больных ВП наблюдается затяжное течение [2]. В патогенезе осложненного и затяжного течения пневмонии ведущее значение отводится изменениям в иммунном ответе организма [3]. Однако характер нарушений иммунитета при ВП изучен недостаточно полно и трактуется неоднозначно. Выявленные иммунные нарушения позволяют в дальнейшем обосновать иммунопатогенетическую терапию ВП.

Цель работы: изучить иммунные нарушения у пациентов с затяжным течением ВП.

Материалы и методы: Исследование проводили у 35 больных мужчин и женщин в возрасте от 55 до 65 лет, которым по клинико-рентгенологическим данным был выставлен диагноз внебольничной пневмонии средней степени тяжести, которые были разделены на 2 группы. 1 группа состояла из 20 пациентов с затяжным течением ВП. 2 группу составили 15 больных ВП с типичным течением. Контролем служили здоровые доноры (15 человек).

Клиническое обследование больных проводили в соответствии с медико-экономическими стандартами МЗ РК (общие анализы крови, мочи, мокроты, биохимическое исследование крови, бактериологическое исследование мокроты, рентгенография органов грудной клетки в динамике, определение функции внешнего дыхания, ЭКГ; по показаниям компьютерная томография легких, пункция грудной клетки с микроскопией и бактериологическим исследованием экссудата).

Оценка иммунного статуса проводилась в день поступления больных в стационар и включала:

лейкоцитограмму венозной крови; кислородзависимые механизмы бактерицидности нейтрофилов оценивались по результатам спонтанного и индуцированного частицами латекса теста восстановления нитросинего тетразолия (НСТ) [4].

Определение содержания в крови С-реактивного белка (СРБ), компонентов комплемента -С3, -С4 осуществлялось на биохимическом анализаторе Cobas Integra (наборы реагентов «Roche», Roche Diagnostics Corporation, USA). Содержание циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) оценивалось преципитационным методом с полиэтиленгликолем (мол. м 6000Д).

Результаты исследования:

Больные с затянувшейся ВП (группа 1) характеризовались: более выраженным синдромом интоксикации; высокой лихорадкой; типичной аускультативной картиной (бронхиальное дыхание, крепитация); развитием осложнений: дыхательная недостаточность II-III степени - 17 пациентов (85,0%), плеврит - 3 (15%), ИТШ I-II степени - 2 (10,0%) и другими осложнениями, в отличие от пациентов с легким и среднетяжелым типичным течением ВП (группа 2).

Выраженность общевоспалительного синдрома коррелировала с высоким уровнем острофазовых белков в крови (С-реактивный белок). В обеих подгруппах количественный показатель СРБ был достоверно выше контроля, составляя 10,1 мг/дл и 6,54 мг/дл соответственно. Анализ данных лейкограммы венозной крови в обеих подгруппах больных выявил значительную интенсивность воспалительного процесса (лейкоцитоз с нейтрофилезом, моноцитоз, лимфопения; увеличение СОЭ).

Данные НСТ-теста характеризовались увеличением содержания клеток, способных восстанавливать нитросиний тетразолий в обеих подгруппах, что свидетельствует об активации нейтрофилов на антигенную бактериальную стимуляцию. Функциональный резерв микробицидности нейтрофилов периферической крови (НСТст.-НСТсп.) был снижен в обеих подгруппах, но более выражено в подгруппе с затяжным течением ВП, что отражено в приведенной ниже таблице.

Таблица 1 - Неспецифические факторы иммунитета у больных ВП

Показатель	1 группа (n= 20)	2 группа (n=15)	Контроль (n=20)
НСТсп.	±	±	±
НСТ инд.	±	±	±
С3	±	±	±
С4	±	±	±
ЦИК	±	±	±
СРБ	10,1±1,07	6,54±1,01	±

Показатели гемолитической активности комплемента сыворотки крови у больных ВП с типичным течением характеризовались тенденцией к снижению С3 и С4 компонентов комплемента. При затяжном течении ВП отсутствовала адекватная реакция системы комплемента, и показатели практически не отличались от контроля. Одним из проявлений дисфагоцитоза, более выраженного у больных с тяжелым течением ВП, по

нашему мнению, является повышение содержания ЦИК в динамике заболевания.

Таким образом, неспецифические факторы иммунитета при ВП характеризуются активацией процессов свободно-радикального окисления нейтрофилов, повышенным содержанием ЦИК, отсутствием адекватной реакции системы комплемента. Эти изменения были более выражены при затяжном течении пневмонии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Чучалин А.Г. и др. Внебольничная пневмония у взрослых //Практические рекомендации. - М.: Медицина, 2010. – С.37-41.
- 2 Чучалин А.Г. Пульмонология. - М.: Белая книга, 2003. – С.105-108.
- 3 Мавзютова Г.А. Этиопатогенетические механизмы иммунных нарушений при внебольничной пневмонии и их коррекция //Автореф. дисс. д.м.н. - Уфа: 2010. – С.14-19.
- 4 Кишкун А.А., Назаренко Г.И. Клиническая оценка результатов лабораторных исследований. - М.: Медицина, 1997. – С.25-27.

З.О. ЖАҚСЫЛЫҚОВА

АУРУХАНАДАН ТЫС ПНЕВМОНИЯ КЕЗІНДЕГІ ИММУНИТЕТТІҢ БЕЙСПЕЦИФИКАЛЫ ФАКТОРЛАРЫ

Түйін: Еңбекте ұзаққа созылған ауруханадан тыс пневмония ағымы бар емделушілердің иммундық бұзылыстарын зерделеу нәтижелері сипатталған. Ауруханадан тыс пневмония кезіндегі иммунитеттің бейспецификалы факторлары нейтрофилдердің бос-радикалды тотығу үдерісінің белсенділігімен, құрамында ЦИК-тің жоғары болуымен, комплимент жүйесінің барабар реакциясының болмауымен сипатталады. Бұл өзгерістер пневмонияның ұзаққа созылған ағымы кезінде айтарлықтай айқын байқалған.

Z.O. ZHAKSYLYKOVA

NONSPECIFIC FACTORS IMMUNITY COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA

Resume: This article describes the results of a study of immune disorders in patients with protracted pneumonia. Nonspecific factors of immunity in the EP involves activation of processes of free-radical oxidation of neutrophils, elevated CEC, lack of adequate reaction of the complement system. These changes were more pronounced with protracted course of pneumonia.

УДК 615.5 ББК 53.4

С.Г. ЕНОКЯН, И.З. БИЖКЕНОВА

*Казахский Национальный Медицинский Университет им С.Д.Асфендиярова***СОВРЕМЕННАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ИНТЕРПРЕТАЦИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ МОЧИ В НОРМЕ И ПАТОЛОГИИ**

В данной публикации представлен сравнительный анализ разночтений в трактовке одних и тех же терминов и понятий, а также численных значений относительной плотности мочи в условиях сохранной функции почек и при возникновении нарушений функций канальцевого аппарата при патологии почек. Введение трех понятий – дизостенурия, олигостенурия I и II ст. восполняет тот пробел, который ранее существовал при оценке полученных значений величин удельного веса в клинической практике.

Ключевые слова: удельный вес мочи, интерпретация, значительные разночтения, функциональное состояние почек, классификация, дизостенурия, клиническая практика.

Величина относительной плотности мочи, как в однократном анализе, так и в пробе Зимницкого, является наряду с концентрацией креатинина в плазме крови показателем первостепенной значимости для оценки функционального состояния почек [1]. Более того, хорошо известен тот факт, что нарушение функции канальцев, могут наблюдаться при хронических заболеваниях почек даже при нормальной скорости клубочковой фильтрации (СКФ) [2,3] и как следствие нормальной концентрации креатинина.

Поэтому данные относительной плотности мочи очень важны в контексте правильной и своевременной диагностики нарушений функционального состояния почек при различных заболеваниях, исходом которых, как правило, является терминальная почечная недостаточность, которая ассоциируется с плохим индивидуальным прогнозом. Необходимо также отметить, что исследование функции канальцевого аппарата почек по величине относительной плотности мочи может не только помочь в идентификации пациентов с заболеваниями почечна более ранних стадиях, но и оценивать их функциональное состояние у конкретного пациента, а также контролировать и прогнозировать дальнейшее течение заболевания.

Вместе с тем в монографиях и руководствах, в том числе опубликованных в последние годы имеются значительные разночтения в характеристике функции почек, процессов лежащих в основе мочеобразования [4,17].

В полной мере это справедливое замечание относится и к интерпретации значений удельного веса, как в физиологических условиях, так и при различных заболеваниях почек, т.е. дизостенурии как любому отклонению от нормы.

Анализ приведённых данных в изданиях прошлых лет и в новейшей литературе, убедительно свидетельствует о весьма неоднозначной трактовке одних и тех же терминов и понятий, а также численных значений относительной плотности мочи, как в условиях сохранной функции почек у здоровых лиц, так и при возникновении нарушений функций канальцевого аппарата в условиях патологии почек [5].

Так, например, одни авторы признают термин изогипостенурия [6,13], другие его категорически отрицают [4] считают его несоответствующим смысловому содержанию каждой составляющей, третьи

высказывают сомнения в целесообразности использования на практике [7].

В связи с этим достаточно часто практикующие врачи сталкиваются с затруднениями, основанными на известных ограничениях в интерпретации данных, полученных после измерений удельного веса мочи конкретной клинической ситуации.

В результате, исключительно важный и информативный показатель функционального состояния канальцевого аппарата почек в целом, как в условиях нормы, так и при различных заболеваниях не учитывается в клинической практике.

Разночтения в оценке функционального состояния почек по величине относительной плотности касаются не только самих используемых терминов, но также их численных значений, как в норме, так и при патологии. Так, весьма неоднозначна в литературе трактовка понятия изостенурии. По мнению различных авторов об изостенурии мочи следует говорить в тех случаях, когда удельный вес мочи:

- разница между максимальными и минимальными значениями не превышает 1015 [8]. Таким образом, авторы под понятием изостенурия понимают уменьшение разницы между максимальными и минимальными значениями в отдельных порциях мочи, а не равенство между удельным весом плазмы крови и мочи; Фактически, речь идёт о монотонном удельном весе мочи без значительных колебаний, что в корне неверно.

- равен 1010[9];

- равен 1010-1012, при этом не в одной порции мочи относительная плотность не бывает ниже этого показателя [7];

- равен 1010-1011 [10];

- равен 1010-1012 [4,13];

- равен 1009-1011 [11];

- равен 1008-1010 [12];

В отношении понятия гипостенурия мнения отдельных авторов настолько противоречивы, что молодому специалисту практически невозможно прийти к какому-либо однозначному заключению о функциональном состоянии канальцевого аппарата почек у конкретного пациента. Более того, нередко в одном и том же издании, но на разных страницах приводятся различные цифры величин удельного веса мочи, указывающие на

степень сохранности функционального состояния почек [1,3].

Так, по мнению отдельных авторов о гипостенурии, т.е. нарушении концентрационной способности почек, можно говорить в тех случаях, когда максимальные показания удельного веса мочи равны:

- ≤ 1020 [7];
- ≤ 1018 [1,9];
- ≤ 1015 [8];
- колебания удельного веса мочи в очень низких пределах 1007-1015 [20];
- уменьшены до 1005-1010 [15];
- < 1012 во всех порциях [10,16];
- ≤ 1010 [13,18];
- ≤ 1005-1008 [3,4];
- < 1005 [14].

Отсутствие единого подхода к трактовке понятий гипостенурия, изостенурия, гиперстенурия, а также их численных значений явилось основанием для разработки приемлемых для использования в практике единых принципов оценки величины удельного веса мочи, как в разовых (утренняя, случайная) порциях, так и в течение суток по пробе Зимницкого или Рейзельмана в педиатрической практике[5].

При стандартном пищевом и водном режиме (1,2-1,5 л жидкости в сутки) и оптимальной температуре окружающей среды о дизостенурии, как нарушении концентрационной и разводящей способности почек следует думать при снижении максимальных значений удельного веса (в утренней, случайной порции или по пробе Зимницкого) менее 1022. Ниже этой цифры речь идёт об олигостенурии- то есть ограничении способности почек к концентрированию мочи. При этом целесообразно выделять две степени олигостенурии: I степени < 1022 ÷ 1017 II степени < 1017 ÷ 1012 [5]

Граница между I и II степенью олигостенурии выбрана неслучайно, именно при этих значениях 1017-1018 может впервые возникнуть переходящая задержка продуктов азотистого обмена – креатинина и мочевины.

Таким образом, суммируя противоречивые литературные данные, а также собственные представления (рисунок 1) клиническая классификация нарушений показателей относительной плотности мочи может быть представлена следующим образом:

I. Дизостенурия - нарушение концентрационной и разводящей способности почек адаптироваться к постоянно изменяющимся условиям внешней и внутренней среды. Данный термин отражает любое отклонение показателей относительной плотности мочи от функциональной нормы. Имеет большое практическое значение как наиболее информативный показатель острых и хронических заболеваний почек.

II. Нормостенурия- сохранная способность почек как к концентрированию, так и разведению мочи с колебаниями удельного веса в отдельных порциях пробы Зимницкого от 1003±0,002 до 1026±0,004. Показатели нормостенурии, как правило, тесно коррелируют с возрастом больных:

-максимальные значения ≥ 1025-1030 (для лиц молодого возраста)

-минимальные значения ≥ 1022-1025 (для лиц в возрасте 45-50 лет) [7]

≥ 1001-1005

≥1010-1030 (дети до 12 лет) [19]

III. Олигостенурия I ст. <1022÷1017

IV. Олигостенурия II ст. <1017÷1012

V. Изостенурия < 1012÷1010

VI. Гипостенурия < 1010

VII. Гиперстенурия: а) максимальных значений >1030

÷1035

б) минимальных значений >1005÷1015

Состояние при котором выделяется моча фиксированного низкого удельного веса, называется изостенурией. Удельный вес мочи при этом равен удельному весу безбелкового фильтрата плазмы.

Введение трех понятий –дизостенурия, нормостенурия и олигостенурия I и II ст. восполняет тот пробел, который ранее существовал при оценке полученных значений величин удельного веса в клинической практике. Предложенная классификация поможет существенно повысить позитивную ценность диагностического исследования нарушения концентрационной функции на ранних стадиях при различных заболеваниях почек и тем самым, исключить возможность некорректной субъективной оценки значений относительной плотности мочи.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Тареева И.Е. Нефрология: Руководство для врачей. - М.: Медицина, 2000г. - 687с.
- 2 Клара С. Почка и гомеостаз в норме и патологии. - М.: Медицина, 1987г. - 448с.
- 3 Жанузаков М.А. Основы клинической нефрологии (учебное пособие). - Алмата: 2008г. -222 с.
- 4 Наточин Ю.В., Мухин И.А. Введение в нефрологию. - М.: ГОЭТАР-Медиа, 2007г. - 160 с.
- 5 Енокян С.Г. Клиническая интерпретация относительной плотности мочи в норме и патологии. Вопросы морфологии и клиники. - 2011г. - выпуск 36. – С.32-35
- 6 Юрьева Э.А., Длин В.В. Диагностический справочник нефролога. Клиническая и лабораторная диагностика. - М.: Оверлей.- 2007г. - 95с.
- 7 Ройтберг Г.Е., Струтынский А.В. Лабораторная и инструментальная диагностика заболеваний внутренних органов. Руководство для врачей и студентов. - М.: ЗАО «Издательство Бином», 1999г. - 622 с.
- 8 Батюшкин М.М, Поваляйте П.Е. Руководство по клинической нефрологии. - Ростов-на Дону: 2009г. - 432 с.
- 9 Чиркин А.А. Клинический анализ лабораторных данных. - М.: Медицинская литература. - 2008г. - 384 с.
- 10 Шилов Е.М. Нефрология: учебное пособие для послевузовского образования. Издание 2-е исправленное и дополненное. - М.: ГОЭТАР-Медиа, 2008г. - 696 с.

- 11 Василенко В.Х., Гребенев Л.А. Пропедевтика внутренних болезней. Издание 3-е исправленное и дополненное. - М.: Медицина, 1989г. - 512 с.
- 12 Мухин Н.А., Тареева И.Е., Шилов С.М., Козловская Л.В. Диагностика и лечение болезней почек. Руководство для врачей. - ГОЭТАР-Медиа. - 2011г. - 384 с.
- 13 Голигорский С.Д. Очерки урологической семиотики и диагностик. - Кишинев: 1971г. - 257 с.
- 14 Лопаткин Н.А. Справочник по урологии. - М.: Медицина. - 1978г. - 328 с.
- 15 Пашкова Е.Н. и соавторы. О чем говорят анализы (справочник). Издание 3-е. - Ростов-на Дону: Феникс, 2006г. - 252 с.
- 16 Морозова В.Т., Марцишевская Р.Л., Миронова И.И. Мочевые синдромы. Лабораторная диагностика, учебное пособие. - М.: RoСHE-Diagnostikcs, 2000г. - 96 с.
- 17 Лившиц В.М., Сидельникова В.И. Медицинские лабораторные анализы. Справочник, издание 3-е исправленное и дополненное. - М.: «Триада-Х», 2007г. - 304 с.
- 18 Неменова Ю.М. Методы лабораторных клинических исследований. - М.: Медицина, 1972г. - 424 с.
- 19 Эрман М.В. Нефрология детского возраста в схемах и таблицах. Справочное руководство СП-б: Специальная литература. - 1997г. - 14 с.
- 20 Базарнова М.А., Воробьев А.И. Руководство по клинической и лабораторной диагностике ч.1-2, учебное пособие, издание 2-е переработанное и дополненное. - Киев: Вища школа, 1991г. - 615 с.

С.Г. ЕНОКЯН, И.З. БИЖКЕНОВА

БҮЙРЕКТІҢ САҚТАЛУ ҚЫЗМЕТІ ШАРТЫНДА ЖӘНЕ БҮЙРЕК ПАТАЛОГИЯСЫ КЕЗІНДЕГІ ЗӘРДІҢ САЛЫСТЫРМАЛЫ НЫҒЫЗДЫҒЫНЫҢ КӨРСЕТКІШТЕРІНІҢ ҚАЗІРГІ КЛИНИКАЛЫҚ ТАЛДАУЫ

Түйін: Бұл мақалада біркелкі терминдер және ұғымдардың мағыналарының түсіндіру барысында туындайтын қайшылықтардың, сонымен қатар бүйректің сақталу қызметі шартында және бүйрек паталогиясы кезінде түтікшелі аппараттың қызметінің бұзылыстары пайда болғанда зәрдің салыстырмалы тығыздығының сандық көрсеткіштерінің салыстырмалы талдауы көрсетілген. Дизостенурия және I және II дәр. олигостенурия секілді үш ұғымның еңгізілуі алынған меншікті салмақ көрсеткіштерінің бағалауында бұрында клиникалық тәжірибеде орын алған кемістікті толықтырады.

Түінді сөздер: Зәрдің салыстырмалы нығыздығы, интерпретация, маңызды қайшылықтар, бүйректің функциялық күйі, классификация, дизостенурия, клиникалық тәжірибе.

S.G. ENOKYAN, I.Z. BIZHKENOVA

MODERN CLINICAL INTERPRETATION OF URINE SPECIFIC GRAVITY IN HEALTH AND DISEASE

Resume: This publication provides a comparative analysis of the discrepancies in the interpretation of the same terms and concepts, as well as the numerical values of the urine specific gravity in renal function and in case of disorders of the tubular apparatus in renal disease. Introduction of three concepts - dizostenuriya and oligostenuriya I and II d. fills the gap in the evaluation of the values of the specific gravity that existed before in clinical practice.

Keywords: urine specific gravity, ranking, interpreting, significant discrepancies, classification, dizostenuriya, renal function, clinical practice.

УДК 614.7:574:546.3-053.2

Г.Ю. ДАУТОВА, М.А.АЛИМКУЛОВА, М.Р.ХАДЖИЕВА, И.Е.АЛЫБАЕВА
 Медеу ауданының санитарлық эпидемиологиялық қадағалау басқармасы
 С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина Университеті

АЛМАТЫ ҚАЛАСЫНЫ МЕДЕУ АУДАНЫНЫҢ 2012 ЖЫЛҒА ТУБЕРКУЛЕЗБЕН АУРУШАҢДЫҚ КӨРСЕТКІШІ

Төмендегі мақалада Алматы қаласының Медеу ауданының туберкулезбен аурушаңдық көрсеткіштері берілген. 2011 жылмен салыстырғанда 2012 жылы туберкулез жағдайының саны азайғанын байқауға болады. Алматы қаласында туберкулез ауруының тіркелген жағдайлары туралы мәліметтер берілген, оның ішінде Медеу ауданы туралы мәлімет талқыланып, ашық жазылған.

Жыл сайын жер шарының 2 миллион тұрғынын өмірін қиятын ауру – туберкулез. Туберкулез қоздырғышын неміс дәрігері Роберт Кох 1882 жылдың 24 наурыз күні анықтаған. Осы жаңалығы үшін 1975 жылы Нобел сыйлығына ие болған, ал 24 наурыз Дүниежүзілік туберкулезбен күресу күні болып бекітілген.

Қазіргі уақытта жер шарында 9 млн. Адам туберкулез ауруына шалдыққан екен, бұл тек тіркелген науқастар саны, ал тіркелмеген науқастардың саны одан да көп болуы мүмкін. Негізінен ауру әлеуметтік жағдайларға байланысты дамиды.

Туберкулездің негізгі алдын алу шаралары болып сәбилерді дер кезінде екпе жұмыстарын жүргізу. Екпе

жұмысы сәби өмірге келгеннен 4 күн аралығында, үйіне шығарылғанға дейін перзентханада жасалады (БЦЖ). Өрі қарай екпе календарына сәйкес ревакцинация жасалып отырады (30 жасқа дейін). Ревакцинация жасау алдында календарға сәйкес осы жас шамасындағыларға міндетті түрде Манту сынама жасалады, осы сынама қорытындысы бойынша ревакцинация жасалатын топтар іріктелініп алынады.

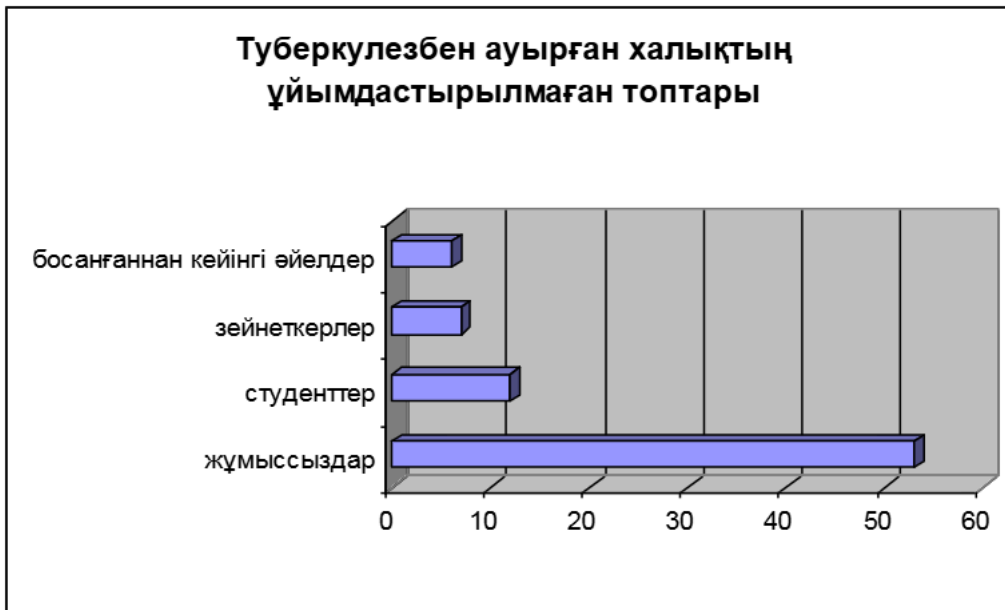
Алматы қаласы бойынша 2012 жылы 927 жағдай тіркелген(туберкулез). 2011 жылмен салыстырғанда 5,5% азайғанын көреміз.

1 кесте - 2011-2012 жыл аралағындағы туберкулезбен аурушаңдық

Ауданның аты	2011 жыл		2012 жыл	
	Абсолюттік көрсеткіш	Аурушаңдық көрсеткіші	Абсолюттік көрсеткіш	Аурушаңдық көрсеткіші
Алатау	168	104,2	165	103,2
Алмалы	117	57,0	103	49,2
Әуезов	193	57,7	176	53,7
Бостандық	99	37,1	109	39,3
Жетісу	140	75,8	126	73,6
Медеу	101	58,5	91	53,1
Түркісіб	163	79,5	157	79,6
Барлығы	981	63,8	927	60,9

Қаламызда туберкулезге шалдыққан адамдардың көбі жұмыссыздардың қатарынан табылған. Халықтың

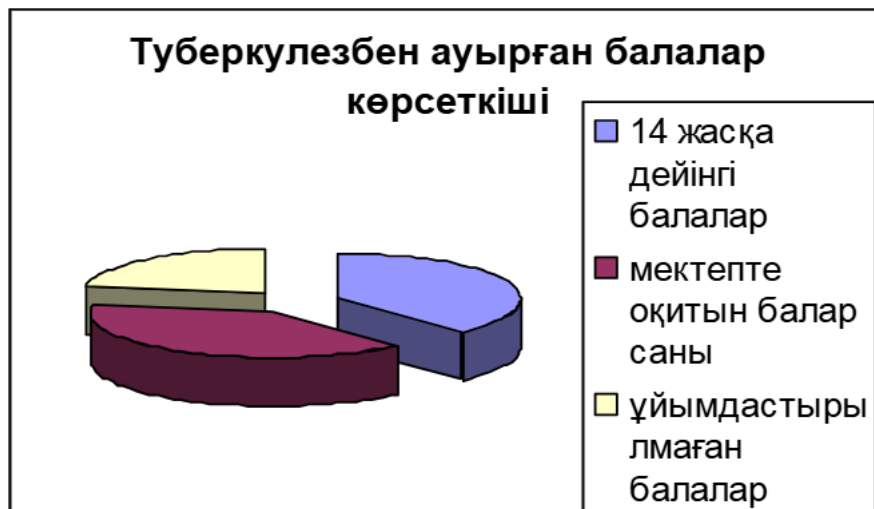
ұйымдастырылмаған топарының көрсеткішін төмендегі графиктен көре аламыз.



Туберкулезбен ауырған адамдар арасында балалардың көрсеткіші:

- 14 жасқа дейінгі балалардың саны -22(3-еуі 1 жасқа дейінгі балалар)

- мектепте оқитын балалар саны – 23
- ұйымдастырылмаған балалар -13



Туберкулезді анықтау үшін 14 жасқа дейінгі балаларға Манту сынағандары, одан жоғары жастағыларға жылына 2 рет флюорография жасалады. Балаларды Манту сынағандары жоспарлы түрде және қауіп-қатер топтары байланысты жүргізеді. Жоспарлы түрде Медеу ауданы бойынша 16142, ал қауіп-қатер тобы бойынша – 3456 сынама жасалған. Қаламыздағы 74%(84 адам) студентімізде туберкулез ауруын кезекті медициналық тексеру кезінде анықталған, оның ішінде өздері келіп қаралғандар – 28. Статистикалық мәліметтерге жүгінсек, қазіргі таңда төменгі(I,II,III) курс студенттері жиі ауырады. Үй жағдайында жұқтырған студенттер саны – 5. 2012 жылы бактериоскопиялық әдіспен 341(37%), флюорография барысында – 473(51%) науқас анықталған. Флюорография әдісімен өткен жылда 982659 адам қамтылған, шара барысында 605 науқас анықталып отыр.

2012 жылы Алматы қаласы Медеу ауданында туберкулез ауруына шалдыққандар саны 91(абс.көрсеткіш). Қаламыздың барлық, яғни 4 туберкулезді емдейтін мекемелері Медеу ауданында орналасқан. 2012 жылы медицина қызметкерлері арасында туберкулез ауруы тіркелмеген. Бір ғана науқас тіркелген, ол Медеу ауданының тұрғыны, бірақ Алматы ауданының емханасында жұмыс істейтін медицина қызметкері. Медеу ауданында тіркелген 91 жағдайдың ішінде -78-і тыныс алу жолдарының, ал 13-і ағзаның басқа тіндерінің туберкулезіне шалдыққан. Ауданымызда туберкулездің алдын алу үшін Қазақстан Республикасының «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» кодексіне сәйкес профилактикалық және санитарлық ағарту жұмыстары жүргізіліп жатыр. Санитарлық ағарту жұмыстарына халықтың көптеп жиналған жерлерінде туберкулез туралы мәліметтер жазылған санитарлық бюллетендер

ілу, балалар мен жасөсірімдер, өндірістік мекемелерде, аурухана мекемелерінде семинар және лекция жүргізу. Кодекстің 5-бөлімі 18-тарауында туберкулезбен ауыратын науқастарға медициналық-әлеуметтік көмек көрсету туралы нақты жазылған. Осы кодекс бойынша Қазақстан аумағындағы барлық тұрғындар туберкулезден тегін, яғни мәжбүрлеп және өз еркімен ем ала алады. Осы кодекстің 105-бабында туберкулезбен

ауыратын науқастар міндетті түрде медициналық байқауда болуға және емделуге жатады, тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде қажетті дәрілік заттармен қамтамасыз етіледі. Туберкулездің жұқпалы түрімен ауыратын науқастар міндетті түрде ауруханаға жатқызылып, емделуге және оңалтылуға тиіс.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- 1 ҚР «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» кодексі. - Алматы: Юрист, 2009. -109б.
- 2 Перельман М. И., Корякин В. А., Богадельникова И. В. Фтизиатрия. - ОАО Издательство «Медицина». - 2004. – С.15-17.
- 3 Руководство по лечению лекарственно-устойчивых форм туберкулёза. Издание ВОЗ.
- 4 Сайт ВОЗ. Руководство по программному ведению лекарственно-устойчивого туберкулёза
- 5 Туберкулёз. Вопросы и ответы. Всемирная организация здравоохранения
- 6 Факты о туберкулёзе. Сайт Всемирной организации здравоохранения

Резюме: В Статье представлены сведения о выявлении туберкулеза среди районов города Алматы, полное описание по Медеускому району.

Resume: In the article provides information on the identification of TB in areas of the city of Almaty, a full description on Medeu district.

УДК: 616.366-003.7-06:616.36-008.5

**Ж.Н. КЫЖЫРОВ, К.К. КУРДЕКБАЕВ, Т.А. ИСКАКОВА, Э.Б. ТАТИПАНОВ,
Ж.Ж. БАЙДАУЛЕТОВ, Н.Н. БИРЖАНБЕКОВ, КЕМЕЛХАНОВ Н.Т.**

*Кафедра интернатуры и резидентуры по хирургии №2 Каз НМУ им. С.Д. Асфендиярова,
городская клиническая больница - №7*

ОСЛОЖНЕННЫЕ ФОРМЫ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ - ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Существует группа больных с «трудным» желчным пузырем, которые представляют сложную хирургическую проблему, когда хирургу районных и сельских больниц приходится принять нестандартные решения, выполнять атипичные оперативные вмешательства на желчном пузыре и внепеченочных желчных протоках. Ситуации, возникающие при выполнении холецистэктомии у больных с осложненной формой желчнокаменной болезни, диктуют необходимость концентрировать этот сложный контингент больных в специализированных учреждениях, занимающихся вопросами реконструктивно-восстановительной хирургии желчных путей, которые оснащены современными техническими и клиничко-лабораторными средствами.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, осложнение, хирургическое лечение, холецистэктомия, холедохолитиаз

Проблема рационального лечения желчнокаменной болезни и ее осложнений остается актуальной на протяжении практически всей современной истории желчной хирургии, несмотря на то, что этой проблеме посвящены множество книг, статей и публикаций во всей мировой хирургической литературе.

В последние годы клиническая хирургия желчнокаменной болезни претерпела существенные изменения, и лапароскопическая холецистэктомия по праву может считаться операцией выбора при калькулезном холецистите. Отработана методика вмешательства, накоплен опыт тысяч операций, постоянно совершенствуется инструментальная база.

Тем не менее, несмотря на широкое внедрение в хирургическую практику желчнокаменной болезни и ее осложнений видеолапароскопических технологий в крупных городах, существуют группы больных, которые до настоящего времени все еще представляют собой сложную хирургическую проблему.

Прежде всего, эти больные с так называемым «трудным» желчным пузырем или осложненными формами желчнокаменной болезни, у которых во время выполнения оперативного вмешательства наблюдаются значительные технические трудности, обусловленные массивными спаечными перипроцессами и каменистыми инфильтратами в зоне желчного пузыря и гепатодуоденальной связки, наличием склерозированного и сморщенного желчного пузыря, холецистодигестивного свища, внутрипеченочного расположения желчного пузыря, холедохолитиаза, механической желтухой. К «трудным» желчным пузырям также следует отнести больных с синдромом Мирицци, желчнокаменной болезнью или острым холециститом на фоне цирроза и эхинококкоза печени, а также после различных по характеру оперативных вмешательств на желчном пузыре.

Следует подчеркнуть, что приведенные выше аргументы в значительной степени изменяют и нарушают топографоанатомические соотношения желчного пузыря с близко расположенными жизненно важными анатомическими образованиями и делают оперативное вмешательство по поводу «трудного» желчного пузыря методически и технически сложным, а иногда

повышенно опасным, что приводит к возникновению серьезных жизненно опасных осложнений.

В связи с этим применение открытых лапаротомных оперативных вмешательств при «трудных» желчных пузырях вполне оправдано в связи с возникновением непредвиденных сложных нестандартных ситуаций.

В период с 2009 г. по 2011 г. в хирургическом отделении 7- городской клинической больницы в клинике кафедры общей хирургии подверглись оперативному вмешательству 152 больных с желчнокаменной болезнью в возрасте от 20 до 80 лет. Мужчин было 28 (18,4%), женщин - 124 (81,6%). Практически все больные были среднего и пожилого возраста с сопутствующими заболеваниями органов дыхания, сердечно-сосудистой системы и обмена веществ. Следует подчеркнуть, что 70% больных страдали желчнокаменной болезнью в течение 8-10 лет, неоднократно от предложенных операций отказывались.

Для диагностики «трудного» желчного пузыря исследовали показатели общего и биохимического анализов крови, а также проводили УЗИ. С механической желтухой и осложненной формой ЖКБ после купирования приступов острого калькулезного холецистита произведено эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография с целью диагностики у 8 больных, с лечебной – у 6 больных. Компьютерная и магнитно-резонансная томография выполнено 12 больным.

Полученные результаты показали, что прогресс инструментальной диагностики заболеваний желчного пузыря и ее осложнений при желчнокаменной болезни очевиден. Особо хотелось подчеркнуть роль УЗИ, так при выполнении этого исследования дооперационно практически у всех больных установлены наличие конкрементов в желчном пузыре и общем желчном протоке (у 12), а также наличие обширных подпеченочных инфильтратов (у 58) и склерозированного желчного пузыря с утолщенными стенками (у 49). Наличие синдрома Мирицци до операции диагностировано лишь у 2 из 6 пациентов при второй ее форме, у которых в клинической картине заболевания доминировал синдром механической желтухи.

Не осложненной формой хронического калькулезного холецистита 19 больным произведено типичная холецистэктомия. Из них видеолaparоскопическая операция произведено 13 больным. При обширных инфильтратах подпеченочного пространства и гепатодуоденальной связи выполняли атипичные способы холецистэктомии. Так, 23 больным после вскрытия и опорожнения желчного пузыря, под контролем введенного в просвет желчного пузыря указательного пальца выделяли его из инфильтрата, после чего удаляли желчный пузырь. У 14 больных, находившихся в тяжелом состоянии, производили удаление лишь освобожденной от инфильтрата видимой части желчного пузыря, оставляя шейку желчного пузыря, слизистую оболочку электрокоагулировали, у 6 - ограничивались комбинированной холецистэктомией. В послеоперационном периоде у 5 больных наблюдались нагноение послеоперационной раны, у одного больного желчный свищ, который закрылся в результате консервативных мероприятий.

При склерозированном и сморщенном желчном пузыре у 18 больных выполняли холецистэктомию. При этом у 12 из них она выполнялась по методике Мейо, у 6 - по Прибраму. В послеоперационном периоде у 2 больных

наблюдалось послеоперационное внутрибрюшное кровотечение, что потребовало релапаротомии, еще у 2 пациентов имело место желчеистечение, которое самостоятельно прекратилось. С острым обтурационным холециститом у 83 больных произведено холецистэктомия. Из них у 13 больных с деструкцией желчного пузыря, с эмпиемой желчного пузыря у 7 больных, перфорацией - 5 больных, холедохолитиаз с синдромом желтухи у 11 больных, с панкреонекрозом у 9 больных выполнено сложные операции. С опухолью головки поджелудочной железы и стенозом терминального отдела холедоха 7 больным наложено супрадуоденальная холедоходуоденоанастомоз (СДХДА). У 13 больных при сморщенном желчном пузыре возникли значительные технические трудности при отыскании желчного пузыря, в его проекции наблюдались рубцовые сращения, ведущие к воротам печени. У 8 больных удалось выполнить холецистэктомию, у 5 - из-за отсутствия конкрементов в желчном пузыре и маленького его размера ограничивались лишь удалением конкрементов из просвета общего желчного протока.

Осложнений и летальных исходов не было.

**Ж.Н. КЫЖЫРОВ, К.К. КУРДЕКБАЕВ, Т.А. ИСКАКОВА, Э.Б. ТАТИПАНОВ,
Ж.Ж. БАЙДАУЛЕТОВ, Н.Н. БИРЖАНБЕКОВ, КЕМЕЛХАНОВ Н.Т.
ӨТ ТАС АУРУЫНЫҢ АСҚЫНҒАН ТҮРЛЕРІ - ХИРУРГИЯЛЫҚ ЕМІ**

Түйін: Күрделі хирургиялық мәселе құрайтын «қиын» деген өт қабының аурулар тобы бар, сол кезде аудандық және ауылдық аурухана хирургіне үйреншікті емес шешім қабылдауға, өт қапшығы мен бауыр сыртындағы өт жолдарына өдеттегідей емес операция жасауға тура келеді. Өт тас ауруының асқынған түрімен ауыратын ауруларға холецистэктомиа жасау кезінде болатын жағдайлар, осы күрделі аурулар құрамын өт жолдары хирургиясының қайта құру мен қалпына келтірумен айналысатын қазіргі заманғы техникалық және клиникалық - лабораториялық құралдармын жабдықталған арнайы мамандандырылған мекемелерде шоғырландыруға мәжбүр етеді.

Түйінді сөздер: өт тас ауруы, асқыну, хирургиялық ем, өт қапшығын алып тастау, жалпы өт жолында тас.

**ZH.N. KYZHYROV, K.K. KURDEKBAEV, T.A. ISKAKOVA, E.B. TATIPANOV,
ZH.ZH. BAIDAULETOV, N.N. BIRZHANBEKOV, KEMELHANOV N.T.
COMPLICATED FORMS OF A CHOLELITHIASIS ILLNESS - SURGICAL TREATMENT.**

Resume: Thus, there is a group of patients with "a difficult" gall bladder which represent a difficult surgical problem when the surgeon of regional and rural hospitals should make non-standard decisions, to carry out atypical operative interventions on a gall bladder and extrahepatic bilious channels. The situations arising at performance cholecystectomies at patients with the complicated form of cholelithic illness, dictate necessity to concentrate this difficult contingent of patients in the specialized establishments, prosecuting subjects of reconstructively-regenerative surgery of bilious ways which are equipped by modern technical and kliniko-laboratory means.

Keywords: gallstone disease, complications, surgical treatment, cholecystectomy, choledocholithiasis.

М.У. ЖУЛОВЧИНОВ, Ю.Л. ШАЛЬКОВ

Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова
Кафедра Интернатуры и Резидентуры по хирургии № 2 г. Алматы

ИНТУБАЦИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА: РЕТРОСПЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА ПОКАЗАНИЙ И РЕЗУЛЬТАТОВ

Ретроспективно изучена роль интубации желудочно-кишечного тракта у больных, оперированных по поводу острых заболеваний органов брюшной полости (322 больных). Сравнительная оценка факторов летальности позволила дать количественное значение и определить ранг причинам неблагоприятных исходов. Высказана версия, что имеющаяся переоценка эффективности интубации обусловлена расширением превентивных показаний. Уровень же летальности обуславливает исходная тяжесть оперированных больных.

Ключевые слова: перитонит, интубация кишечника, летальность, ранговая оценка, тяжесть состояния

Введение. Проблема перитонита является одной из центральных в абдоминальной хирургии, на что указывает практически отсутствие результатов улучшения за истекшие десятилетия. Эта ситуация имеет место на фоне разработанных многочисленных и, как подчеркивается в литературе, «эффективных» методов лечения, в том числе использование антибиотиков очередного нового поколения, способов диализа брюшной полости и лаважа, многих методов дезинтоксикации, включая экстракорпоральную детоксикацию, санационную этапную лапаростомию и многое другое.

Причем, оцениваемый положительно каждый отдельно метод лечения, далеко не всегда проявлялся в комплексной терапии. Не вдаваясь в детальный анализ причин этому обстоятельству, можно выделить недостаточно корректное формирование анализируемого материала, как правило, отсутствие сравниваемых групп, игнорирование статистического анализа. Важен и такой фактор, как сомнительная аргументация «своего накопленного опыта».

Сказанное относится и к такому методу как интубация желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Способ широко вошел в стандарт, даже «золотой фонд» современных мероприятий лечения перитонита. Практически исключены противопоказания к дренированию ЖКТ, совершенно отсутствуют сомнения в возможных негативных сторонах метода. В тени научных исследований остаются вопросы факта и причины летальных исходов у больных с интубацией ЖКТ.

Цель исследования. Дать ретроспективную оценку интубации ЖКТ, как метода в комплексном лечении больных с абдоминальной хирургической патологией, обозначить приоритетные причины летальных исходов больных с интубацией кишечника.

Материал и методы исследования. Проанализированы 322 случая оперативных вмешательств, выполненных по поводу различных заболеваний органов брюшной полости, при которых операция завершалась интубацией, ЖКТ. Материал получен по совокупности наблюдений нескольких лечебных учреждений. Больные подразделены на две равноценные группы: с благоприятным течением (221 случай) и летальными исходами (101). Помимо анализа показаний к дренированию кишечника, наличие заболеваний оценивалось по следующим критериям: пол, возраст, вид патологии, объем оперативного вмешательства, характер перитонита, исходная тяжесть состояния

больных и прочее. По критерию Неймана-Пирсона определялись количественные (J) величины изучаемого признака и ранговое значение его среди факторов летальности.

Результаты и их обсуждение. Хирургическая практика последних десятилетий характеризуется быстрым накоплением опыта по интубации ЖКТ, причем отдельные исследователи располагают индивидуальными наблюдениями по интубации в несколько десятков и сотен случаев. [1, 3, 5].

При этом достаточно быстро сформировались показания к декомпрессии кишечника, главным из которых явился перитонит, нарушение моторно-эвакуаторной функции кишечника, особенно в случаях релапаротомий. Рассматриваются показания к интубации в связи с неблагоприятным прогнозом развития спаечной кишечной непроходимости в послеоперационном периоде. Более широко ставились показания к превентивному введению зонда в случаях выполнения оперативных вмешательств у больных высокого риска различных послеоперационных осложнений. Много сторонников интубации ЖКТ с целью предупреждения спаечной кишечной непроходимости [3].

Среди анализируемых групп больных (322), по фактору пола преобладали пациенты мужского пола (54,3±2,6%), женщины (45,6±2,6%) (t = 2,18; p < 0,05). Каждый второй больной (47,7±2,8%) был в возрасте до 50 лет; больные в возрасте 50-59 лет имели место в 20% случаев (17,5±2,2%), пациенты пожилой группы составили – 34,7±2,7%. Среди оперированных больные со спаечной кишечной непроходимостью – 49%, с осложненным колоректальным раком – 30%, травмы брюшной полости имели место в 8,9% случаев, исходный перитонит констатирован в 25% (78 человек). Малый объем хирургического вмешательства (рассечение спаек, диагностическая лапаротомия) выполнен у 75,2% больных. Средний объем хирургического вмешательства (резекция кишки, холецистэктомия, операции при общем перитоните) – 18,3%. Большой объем хирургического вмешательства (гемиколэктомия, резекция желудка, релапаротомия) – 7,5%. По виду выполненной интубации: трансназальная – 78,2%; интубация через цекостому – 16,3%; прочие (илеостома, трансанально) – 5,5%.

С учетом Мангеймского индекса перитонита (МИП) преобладали больные первой степени тяжести – 70,2±2,6% (218), второй степени – 18,2±2,2% (55) и третьей степени – 11,6±1,8% (35). Как видно,

характеристики больных аналогичны данным приводимых в литературе, однако со значительным расширением превентивных показаний к интубации ЖКТ. Эта особенность обуславливает достоверное преобладание (в 2-3 раза) больных в группе первой степени тяжести. По данным Зайцева В.Т. и соавт. [5] в 48,3±4,1% случаев интубация ЖКТ имела место у больных, где выполнялись релапаротомии.

Комментируя целесообразность расширения профилактических показаний к интубации ЖКТ, в частности у больных спаечной кишечной непроходимостью, как метода снижающего частоту раннего послеоперационного илеуса и даже расширив показания, где интубация выполнялась в случаях повышенного риска (к примеру резекция кишки на фоне перитонита), следует подчеркнуть, что эта версия не нашла пока достоверных научных подтверждений.

Сформировавшиеся мнения о высокой эффективности интубации ЖКТ, по-видимому, требует критической оценки: с одной стороны, это мнение может быть связано с указанным выше расширением превентивных показаний, ростом группы более «легких» больных, с другой – с недостаточно корректным анализом летальных исходов у больных с интубацией кишечника, то есть причин неэффективных методов декомпрессии. Не вызывает сомнений что интубация кишечника является определенным фактором положительного исхода, как и зависимости результатов от исходной тяжести больного, которому выполнялась интубация. В своих более ранних исследованиях [4], мы провели сравнительную оценку роли метода в группе больных с интубацией ЖКТ (136) и без интубации (81). При этом летальность оказалась достоверно ниже (41,7±5,5%, в группе больных без декомпрессии и 26,5±3,8% с декомпрессией) $t = 2,12$; $p < 0,02$. Однако, в формировании групп сравнения не были учтены такие факторы, как исходная тяжесть больных, объем

оперативного вмешательства, характер послеоперационных осложнений и прочее. По мере изучения проблемы реальные величины летальности в группе больных с интубацией соответствовали более высоким цифрам: 38,2±3,4% [6], 31,4±2,9% [2], 47,6% [5]. Однако по сводным данным 35 исследований, летальность на 1222 случая при интубации составила 20,0±1,1%. Значительный диапазон в летальности объясним многими составляющими, в том числе исходной тяжестью состояния больных, возможно характером и объемом оперативного вмешательства и послеоперационными осложнениями. Причины летальных исходов у больных с интубацией кишечника в научной литературе скорее проводится традиционно, возможно достаточно субъективно, главное же – без рангового их построения, поскольку до сих пор количественная оценка причин в хирургической практике не принята.

Мы посчитали возможным этот пробел устранить, оценив основные причины летальности, путем их определения и сравнения в двух группах больных: с благоприятным (211 больных) и группе больных с летальным исходом (101). Количественная оценка изученных причин определена по методике Неймана-Пирсона путем определения отношения вероятности определяемой причины (фактора) летальности по формуле:

$J = \frac{\ln P_1}{P_1} - \frac{\ln P_2}{P_2}$, где J – величина признака (x_i) в баллах, \ln – логарифм, P – вероятность изучаемого признака в группе выживших (P_1) и в группе умерших (P_2). По величине признаков выполнялось ранговое построение причин летальности. В качестве факторов риска, в той или иной степени, влияющих на исход, учитывались: пол, возраст больных, характер заболевания, тяжесть и распространенность перитонита, объем оперативного вмешательства, вид интубации, исходная тяжесть состояния больных по МИП и другое (табл. 1)

$$\frac{P_1(x_i)}{P_2(x_i)}$$

Таблица 1 - Количественное выражение факторов летальности и их ранговое построение у больных с интубацией ЖКТ

№ п/п	Факторы	Величина	Ранг
1	Исходная степень тяжести по МИП:		
	– средняя	2,38	2
	– большая	421	1
2	Наличие перитонита:		
	– общего	2,30	3
	– местного	0,04	11
3	Характер выпота:		
	– гнойный	1,65	4
	– фибринозный	1,43	6
4	Возраст больных:		
	– 60-69 лет	0,74	10
	– старше 70 лет	1,61	5
5	Выполнение релапаротомии	1,20	7
6	Количество выпота:		
	– до 500 мл	0,37	13
	– более 500 мл	0,81	9

7	Вид интубации: илеостома	1,13	8
8	Объем вмешательства: большой	0,17	12
9	Пол больных: мужской	-0,03	14

$\Sigma = 18,04$ $n = 14$

Результаты таблицы свидетельствуют, что основными факторами летальных исходов у больных, где вмешательство включало интубацию ЖКТ, являлась исходная тяжесть состояния больных: согласно степени тяжести больных по МИП, 40% больных к моменту

оперативного вмешательства имели максимальный критический набор «летальных» баллов (табл. 2), в то время, как у больных с благоприятным исходом подобных случаев не было.

Таблица 2 - Бальная оценка тяжести по индексу Мангейма (МИП) с учетом интубации ЖКТ

Группы больных	Сумма баллов по МИП		t, > p >
	без интубации	с интубацией	
Выжившие	18,6±1,1	17,1±0,81	t = 1,09 > 0,05
Умершие	29,0±2,3	28,4±1,6	t = 0,43 > 0,05
	t = 4,3 p < 0,01	t = 6,3 p < 0,01	

Результаты свидетельствуют об однозначной тяжести больных с благоприятным исходом независимо от выполнения интубации ЖКТ.

На примере погибших 24 больных с осложненным колоректальным раком в первые 0-5 послеоперационные сутки, число оперированных с интубацией (14) и без таковой (10) были одинаковы, соответственно: 58,3±10,0% и 41,7±11,0% (t = 1,1; p > 0,05).

Фактор возраста, отражающий тяжесть состояния, также оказался весьма высоким по ранговому значению: среди погибших больных пациентов в возрасте 60 лет и старше было в 3,3 раза больше. На фоне исходной тяжести и возрастного фактора вид интубации по рангу занимает лишь седьмое место и скорее отражает, по-видимому, не столько способ введения зонда, сколько условия выполнения интубации: в данном случае интубация, которая формировалась через илеостому, как правило, после резекции кишки на фоне тяжелого общего перитонита. Уместно добавить, что среди погибших перитонит констатирован в 66,3% случаев, а среди выживших - достоверно реже - в 48,7% случаев (p < 0,01). В целом при анализе совокупного материала, летальность у больных с интубацией ЖКТ оказалась на уровне достаточно высоком и соответствовала 30%, в

основном за счет больных перитонитом.

Выводы:

1. Сложившиеся за последние десятилетия мнения, что интубация ЖКТ является одним из наиболее эффективных методов лечения больных с абдоминальной хирургической патологией оказывается сомнительным, поскольку констатируемое улучшение обусловлено расширением показаний к превентивной интубации у больных с компенсированным гомеостазом и в группах молодого и среднего возраста.
2. У больных с декомпрессией ЖКТ в токсической стадии перитонита летальность остается в пределах 27-30%, что соответствует таковой [1,5] при лечении аналогичных больных с использованием традиционных методов.
3. Следует признать, что лежащую в основе патогенеза перитонита эндо- и экзогенную интоксикацию как исходную тяжесть состояния методом интубации ЖКТ радикально устранить пока не удастся, даже используя совместно другие способы детоксикации.
4. Перспектива исследований в проблеме интубации ЖКТ видится в более тщательной выработке показаний к декомпрессии кишечника, а также стремлении устранять, согласно ранговому значению, причины, способствующие летальным исходам.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Покровский Е.Ж., Ваганов А.Г. О необходимости интубации тонкого кишечника при разлитом перитоните. //Сборник научных трудов «Проблемы и перспективы современной науки». Под редакцией д.б.н. проф. Ильинских Н.Н. -2009 г. - Том II. - Выпуск I.
- 2 Веретенников В.А. Закрытая ретроградная интубация тонкой кишки. //Вестник хирургии им. И.И. Грекова. - СПб.: 2008 г. - № 4. - С. 95-97.
- 3 Гузев А.И. Интубация тонкой кишки в неотложной абдоминальной хирургии. //Вестник хирургии им. И.И. Грекова. - СПб.: 2002 г. - Том. 161. - № 2. - С. 92-95.
- 4 Чернов В.Н., Белик Б.М., Шкунов Х.Ш. Прогнозирование исхода и выбор хирургической тактики при распространенном гнойном перитоните. //Хирургия. - 2004 г. - № 3. - С. 47-50.
- 5 Жидков С.А. Декомпрессия кишечника при острой кишечной непроходимости и перитоните у лиц старше 60 лет. //Медицинский журнал. Белорусский государственный медицинский университет. - 2005 г. - № 4. - С 54-55.
- 6 Мартиросян Н.Р. Хирургическая коррекция внутрибрюшного давления у больных острой кишечной непроходимостью. //Автореферат канд. мед. наук. - 2009 г.
- 7 Бойко В.В., Логачев В.К., Вильцанюк А.А. Интубация кишечника в ургентной и плановой хирургии. - Харьков: 2007. – 52 с.

М.У. ЖУЛОВЧИНОВ, Ю.Л. ШАЛЬКОВ

АСҚАЗАН-ІШЕК ЖОЛЫН ИНТУБАЦИЯЛАУ:
КӨРСЕТІЛІМДЕР МЕН НӘТИЖЕЛЕРДІҢ РЕТРОСПЕКТИВТІ БАҒАСЫ

Түйін: Құрсақ қуысының жедел ауруларына байланысты операция кезінде асқазан-ішек жолына (322 аурулар) жасалған интубацияның ретроспективті рөлі талқыланды. Өліммен аяқталғандардың салыстырмалы бағасы жайттардың сандық мәнін және қолайсыз нәтижелерінің себептерін лауазымды анықтауға мүмкіндік берді. Интубацияның тиімділігін аса бағалау ескертпе көрсетулерді кедейтуге себепші болған деген болжам айтылған.

Өліммен аяқталу деңгейіне операция жасаған аурулардың бастапқы ауыр жағдайы себеп болған.

Түйінді сөздер: перитонит, ішек интубациясы, өліммен аяқталу, рангтік бағалау, жағдайының ауырлығы.

M.Y. ZHULOVCHINOV, Y.L. SHALKOV

INTUBATION OF THE GASTROINTESTINAL TRACT:
RETROSPECTIVE EVALUATION OF INDICATIONS AND RESULTS

Resume: Retrospectively studied the role of intubation of gastrointestinal tract in patients operated for acute abdominal diseases (322 persons). Comparative evaluation of mortality factors allowed to quantify the value and determine the rank of the reasons of poor outcomes .Suggested a version that is available to overestimate how effective intubation caused by expansion of preventive indications. The level of mortality causes the initial weight of the operated patients.

Keywords: peritonitis, intestinal intubation, mortality, rank score, weight of a condition.

УДК: 616.61(063)

**Б.Б. БАЙМАХАНОВ, Ж.Н. КЫЖЫРОВ, М. М. САХИПОВ, А.Т. ЧОРМАНОВ, Р.П. ИБРАГИМОВ,
Ж.Ж. БАЙДАУЛЕТОВ, Ф.Т. СТАМКУЛОВ**

*Кафедра интернатуры и резидентуры по хирургии №2 Каз НМУ им. С.Д. Асфендиярова,
городская клиническая больница №7 г. Алматы*

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ТРАНСПЛАНТАЦИИ РОДСТВЕННОЙ ПОЧКИ

Лапароскопическая мануально-ассистированная нефрэктомия является операцией выбора при трансплантации родственной почки. У всех пациентов-доноров осложнений во время операции и в послеоперационном периоде не отмечено. Малотравматичность, укорочение времени операции, отсутствие осложнений сокращает продолжительность послеоперационного периода до 5-6 койко-дней. Данная методика представляет собой инновационную технологию, которая обеспечивает сокращение времени оперативного вмешательства и снижение технических рисков, сохраняя такую же тактильную чувствительность, как и при открытых операциях. Метод обладает доказанной эффективностью и безопасностью, в сравнении с открытой методикой.

Ключевые слова: лапароскопия, нефрэктомия, трансплантология, донор, реципиент, родственная почка

В настоящее время трансплантация органов широко внедрена в клиническую практику во многих странах мира. Актуальность трансплантации обусловлена большой численностью больных молодого и среднего возраста с терминальными стадиями заболеваний различных органов. Развитие трансплантологии как мультидисциплинарной науки способствует прогрессу фундаментальной медицины и практического здравоохранения. Уровень трансплантологии в стране является отражением уровня развития системы здравоохранения и государства в целом [1, 2, 3]. Интенсивное развитие трансплантологии во всем мире непрерывно сопрягается с дефицитом органа-трансплантата.

Трансплантация почки – единственный и самый эффективный метод лечения терминальных стадий хронической почечной недостаточности. Несмотря на то, что ежегодно в мире проводится около 30000 трансплантаций почки, большинство авторов, изучающих непосредственные и отдаленные результаты трансплантаций, указывают на нехватку донорских органов [4, 5]. В то же время, на фоне дефицита органов растет заболеваемость и выявляемость пациентов с хронической почечной недостаточностью и, соответственно, количество людей, ждущих донорской почки каждый год в мире растет в среднем на 10% [6, 7]. Наиболее перспективным способом решения этой проблемы в мировой практике стало использование почечных трансплантатов от живых родственников доноров. На сегодняшний день преимуществами трансплантации почки от живого донора являются: частичное решение проблемы дефицита донорских органов; отсутствие длительного периода ожидания донорского органа; возможность выбора оптимального периода для трансплантации (подготовка донора и реципиента); возможность выполнения трансплантации до начала диализной терапии; возможность применения менее агрессивных режимов иммуносупрессии; обеспечение более высокой ранней функции трансплантата; улучшение краткосрочных (примерно 95% против 85% при оценке годичной выживаемости трансплантатов) и отдаленных результатов трансплантации (время полу

жизни трансплантатов 12-20 лет по сравнению с 10-12 годами при трансплантации трупного органа).

В 1954 году Джозеф Мюррей успешно произвел первую родственную трансплантацию человеческой почки традиционным способом изъятия донорского органа, которая функционировала у реципиента долгие годы [8]. Широкое внедрение мировой эндовидеохирургии создало предпосылки для возможности использования лапароскопического способа нефрэктомии у живого донора, что было впервые в мире выполнено Ratner в 1995 году [9]. В РК с 1979 года до последнего времени забор донорской почки производился исключительно традиционным способом. Лишь в августе 2011г в РНЦ НМП «NAZARBAYEV UNIVERSITY», г. Астана была впервые выполнена трансплантация почки с эндовидеохирургическим лапароскопическим способом изъятия родственной почки [10]. С того периода по сегодняшний день инновационный подход в донорском малотравматичном способе изъятия родственной почки в клинических больницах Казахстана не применялся.

Цель исследования:

Внедрение в клиническую практику технических этапов мануально-ассистированной (гибридной) лапароскопической донорской нефрэктомии и его пересадки при родственной трансплантации почки пациентам с терминальной хронической почечной недостаточностью.

Материалы и методы исследования:

К настоящему времени на базе ГКБ №7 г. Алматы совместно со специалистами-трансплантологами из Ю. Кореи, Индии и Республики Беларусь выполнено 13 трансплантаций почек от живого родственного донора. Из них 11 операций произведены с использованием лапароскопической hand-assistant техникой изъятия донорской почки, 2 операции мини-люмботомным доступом.

Пары донор-реципиент предварительно обследованы в полном объеме. С учетом отсутствия противопоказаний к изъятию, показаниями для донорской уретеронефрэктомии служили:

иммунологическая гистосовместимость по результатам HLA-фенотипирования;
Отрицательная проба «кросс-матч»;
Совпадение по групповой принадлежности ABO

Отсутствие острых инфекционно-воспалительных заболеваний (в т.ч. СПИД/ВИЧ, сифилис, активные фазы вирусных гепатитов В и С).

Специфическое оборудование и техническое оснащение: Эксплуатировалась эндоскопическая стойка фирмы "Карл-Шторц" (Германия). Набор инструментов – одноразовые абдомино-порты калибрами 5-10-11-12мм, эндоскопические зажимы, ножницы, ретракторы, клип-аппликатор. Для осуществления методики hand-assistant применялся специальный гель-порт (Gel Point Seal) или LAP-port (laparoscory assistant port). Указанное устройство представляет собой 2 кольца, соединенные между собой по кругу силиконовой пленкой. Кольца фиксируются со стороны брюшной полости изнутри и снаружи – со стороны кожи соответственно. На наружное

кольцо накладывается гелевый колпак-мембрана, который позволяет вводить руку хирурга-оператора в брюшную полость, сохраняя воздушную герметичность. Обязательным атрибутом в плане технического оснащения операционного зала на этапе мобилизации донорского органа является наличие гармонического скальпеля, работающего на основе ультразвуковой технологии. Мы имеем достаточный опыт применения гармонического скальпеля фирмы этикон «ULTRACISION HARMONIC SCALPEL».

Для обработки магистральных почечных сосудов применяли сшивающий эндо-степлер Endo-Gia фирмы AutoSuture (США).

Доступ: положение пациента на боку под углом 45° с валиком на уровне почки (рис. 1).



Рисунок 1 - Пациент уложен на правом боку непосредственно перед началом операции – эксплантацией левой почки

Первым этапом производится верхне-срединная лапаротомия выше пупка длиной 7-8см, в который устанавливается гель-порт. Ниже пупка на 4-5см и влево на 2-3см устанавливается 11мм троакар для введения видеокамеры. Далее проводился параректально 12мм

троакар в левом среднем квадранте брюшной стенки и 5-миллиметровый троакар по левой передней аксиллярной линии для ретракции эксплантируемой почки (рис. 2).



Рисунок 2 - Левая рука герметично через гель-порт введена в брюшную полость. Намечаются метки с целью точного установления портов для инструментария

Основные этапы эндовидеохирургической техники эксплантации почки и результаты:

После введения руки в hand-port и установки троакаров операцию начинают в брюшной полости со вскрытия париетальной брюшины по линии Тольдта от селезеночно-диафрагмальной связки до уровня бифуркации общей подвздошной артерии с целью мобилизации нисходящей ободочной кишки на всем протяжении. Селезенка после рассечения связки под действием силы тяжести смещается медиально также, как нисходящая ободочная кишка. Поэтапная диссекция

тканей гармоническим скальпелем продолжается до визуализации левой почечной вены.

Далее проводится мобилизация проксимального отдела мочеточника, который в процессе разделения тканей легко визуализируется между нижним полюсом почки и аортой. Мочеточник выделяется с окружающей жировой клетчаткой до уровня дистальной ее трети. Затем последовательно выделяются гонадная/яичниковая и надпочечниковые вены, которые клипируются и пересекаются (рис. 3).

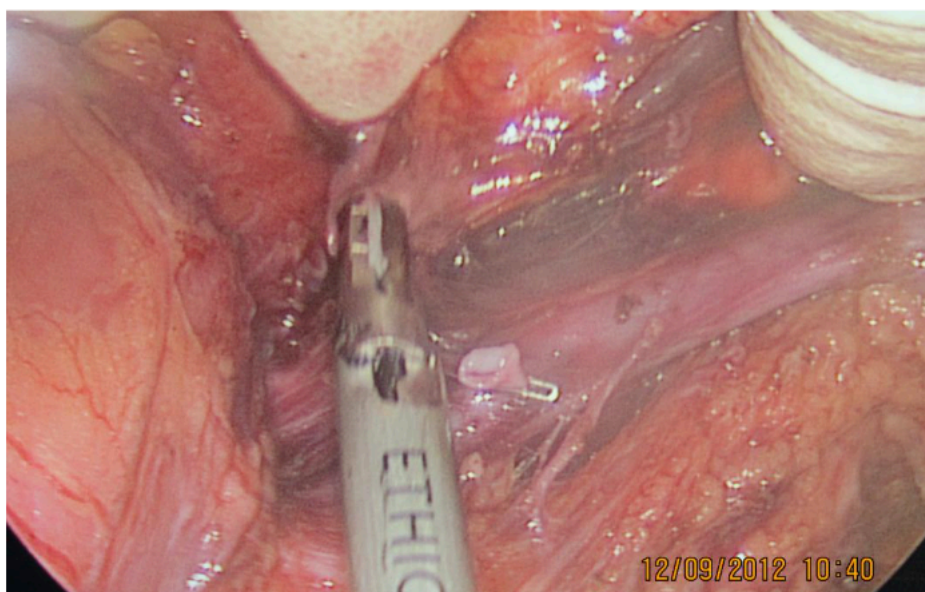


Рисунок 3 - Лапароскопическая интраоперационная картина: клипса наложена на гонадную вену, мобилизация надпочечниковой вены

Продолжается далее последовательная мобилизация почечной вены на протяжении, клипруется и пересекается поясничная вена. Следующим этапом перешли на мобилизацию почечной артерии с выделением и обработкой надпочечниковой артерии. В трех случаях из 8 нами отмечен атипичный вариант анатомии почечных артерий – по 2 почечных артерии у двух доноров почки и у 1 донора – 3 артерии (дополнительные верхнеполюсная и нижнеполюсная). Все артериальные притоки к донорской почке всегда должны быть сохранены для последующего восстановления артериального притока донорской почки на этапе имплантации органа у реципиента. Данное требование в трансплантологии было соблюдено в нашем случае при изъятии родственной почки (диаметр

просвета дополнительных артерий составил по 2 и 3 мм соответственно, которые в последующем были включены в артериальный анастомозы под контролем микроскопа). Продолжается мобилизация верхнего и нижнего полюса почки, передней, латеральной и задней ее поверхностей. По завершении этапа разделения элементов почки, последняя остается на сосудистой ножке. На уровне мобилизации дистального участка мочеточника клипруется и пересекается мочеточник. Титановыми и пластиковыми клипсами Hem-o-lock-XL обрабатывается почечная артерия у места отхождения от аорты (в случаях наличия aberrantных сосудов каждая артерия клипировалась и пересекалась отдельно (рис. 4)).

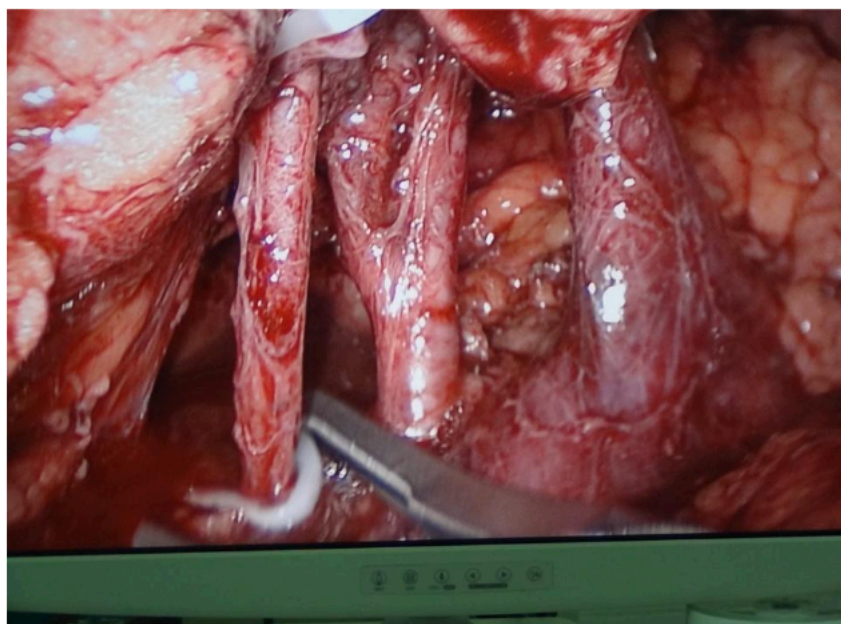


Рисунок 4 - Накладывается клипса на дополнительную почечную артерию, начинается период тепловой ишемии донорского органа

С момента прекращения артериального кровотока почки начинается период первичной тепловой ишемии почки. В связи с этим, после пересечения артерии в неотложном порядке приступаем к пересечению почечной вены (вен) у места впадения в нижнюю полую вену, почка немедленно извлекается из брюшной полости левой рукой через гель-порт и транспортируется в стерильном лотке со льдом на этап перфузии холодным органоконсервирующим раствором и подготовки к трансплантации на «back-table». Трансплантация почки осуществлялась по общепринятой методике.

В брюшной полости достигался окончательный гемостаз при необходимости с применением высокочастотной и аргонной коагуляции, устанавливался контрольный дренаж в ложе почки на 2-3 суток. Мобилизованная ранее нисходящая ободочная кишка фиксируется в исходной позиции клипсами. Десуффляция, троакары и

гель-порт извлекаются из брюшной полости с послойным ушиванием раны.

Продолжительность операции составила от 80 до 122 мин, в среднем $101 \pm 15,5$ мин. Период первичной тепловой ишемии составил от 1,6 до 6 минут - в среднем $3,9 \pm 0,9$ мин. Интра- и послеоперационных осложнений у пациентов-доноров почки не отмечено. Длительность экспозиции дренажа в послеоперационном периоде 1-3 суток. Время пребывания в стационаре пациента-донора составило в среднем 5-6 суток.

Выводы:

Лапароскопическая мануально-ассистированная нефрэктомия является безопасным способом изъятия донорской почки. Эндовидеохирургический способ изъятия родственной почки и внедрение его в клиническую практику представляет повышение уровня развития отечественной трансплантологии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Шумаков В.И, Мойсюк Я.Г., Томилина Н.А., Ермакова И.П. Трансплантация почки. Трансплантология. Руководство под редакцией В.И Шумакова. - М.: Медицина. - 1995.
- 2 Adams P. L, Cohen D. J., Danovitch G. M., et. al. 'The non-directed live-kidney donor:ethical considerations and practice guidelines. Transplantation. - 2002. - Vol. 74. - P.582-590.
- 3 Weber C.L.C., Rush D.N., Jeffery J.R. et al. Kidney transplantation outcomes in Canadian aboriginals. Am. J. Transplantation. – 2006.- 6. –P. 1882–1889.
- 4 Мойсюк Я. Г., Шаршаткин А. В., Арутюнян С. М. и др. Трансплантация почки от живого родственного донора Нефрология и диализ. -2001. - Т.3. - №3. - С. 328-334.
- 5 3rd Global WHO Consultation March 2010. Organ Donation and Transplantation: Striving to Achieve Self-Sufficiency. Transplantation.- 2011. - 91 11S. - June 15. – P.27–114.
- 6 Yan G. Moisiuk, Alexei V. Sharshatkin, Zaza A. Porchchidze, Olga V. Azarenkova, Igor A. Miloserdov. Living-related kidney transplantation the preferred solution for organ shortage in Russia. Transplant Int. - 2007. - vol. 20. Suppl. - 2. – 201p.
- 7 Participants in the International Summit on Transplant Tourism and Organ Trafficking Convened by the Transplantation Society and International Society of Nephrology in Istanbul, Turkey: 2008. - The Declaration of Istanbul on organ trafficking and transplant tourism. Transplantation.
- 8 Michael P. Cash, BS; Christopher J. Dente, MD; David V. Feliciano, MD / Joseph E. Murray (1991) Nobel Laureate, 1990 Arch Surg. – 2005. - 140(3).- P.270-272. doi:10.1001/archsurg.140.3.270
- 9 Ratner LE, Ciseck LJ, Moore RG, Cigarroa FG, Kaufman HS, Kavoussi LR: Laparoscopic live donor nephrectomy. Transplantation. – 1995. - 60. - 1047-9.
- 10 Баймаханов Б.Б., Куттымуратов Г.М., Сахипов М.М. и др. Первый опыт лапароскопического изъятия почки от живого донора с целью трансплантации в Республике Казахстан. Журнал «Медицина». - 2012. - №1/115. - С. 8-10.

**Б.Б. БАЙМАХАНОВ, Ж.Н. КЫЖЫРОВ, М. М. САХИПОВ, А.Т. ЧОРМАНОВ,
Р.П. ИБРАГИМОВ, Ж.Ж. БАЙДАУЛЕТОВ, Ф.Т. СТАМКУЛОВ**
ТУЫСТЫҚ БҮЙРЕКТІ АУЫСТЫРУ ТЕХНОЛОГИЯСЫН ЖЕТІЛДІРУ

Түйін: Туыстық бүйректі ауыстыру кезінде бүйректі алуды лапароскопиялық қолмен көмектесіп жасау таңдаулы операция болып табылады. Барлық емделушілерде-донорларда операция кезінде және операциядан кейінгі кезеңде асқынулар байқалмаған. Аздап жарақаттау, асқынулардың болмауы операциядан кейінгі кезеңнің ұзақтығын 5-6 төсек-күнге дейін қысқартады. Бұл әдістеме операция жасау уақытының қысқаруын қамсыздандырады және техникалық тәуекелділікті төмендетеді, ашық операция кезіндегі сияқты, түйсіну сезімталдығын солай сақтай отырып, өзін технологиялық жаңартпа ретінде көрсетеді. Ашық жасау әдістемесімен салыстырғанда, әдіс қауіпсіздікті және дәлелденген тиімділікті иемденген.

Түйінді сөздер: лапароскопиялық, бүйректі алу, ағзаларды ауыстыру саласы, донор, реципиент, туыстық бүйрек.

**B.B. BAIMAKHANOV, ZH.N. KYZHYROV, M.M. SAKHIPOV, A.T. CHORMANOV, R.P. IBRAGIMOV,
ZH.ZH. BAIDAULETOV, F.T. STAMKULOV**

THE IMPROVEMENT OF TECHNOLOGY RELATED KIDNEY TRANSPLANTATION

Resume: Manually-assisted laparoscopic nephrectomy is the operation of choice in renal transplant related. In all patients, the donor complications during surgery and in the postoperative period were observed. Low - impact, shortened operative time, no complications reduces the duration of postoperative hospital stay of 5-6 days. This technique is an innovative technology which provides reduced time of surgery and reduce technical risks, maintaining the same tactile sensitivity, as with open operations and has proven efficacy and safety in comparison with the open technique.

Keywords: laparoscopy nephrectomy, transplantation, donor, recipient, akin kidney.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Целью данного исследования было изучение эффективности эндовидеохирургического вмешательства у 25 больных, находившихся на лечении с диагнозом метаболический синдром. Применение эндовидеохирургической технологии позволило установить возможность проведения адекватного малоинвазивного оперативного вмешательства. Благодаря чему, малая инвазивность технологии, позволяет в кратчайшие сроки, улучшить качество жизни больного и заниматься активной трудовой деятельностью.

Ключевые слова: эндовидеохирургическая технология, метаболический синдром, малоинвазивные оперативные вмешательства.

Актуальность. Ожирение – социально значимая проблема, которая сопровождается серьезными медицинскими и социально - экономическими последствиями. Актуальность проблемы обусловлена еще и тем, что количество лиц, имеющих избыточную массу тела возрастает каждые 10 лет на 10%. Так, по данным ВОЗ, во всем мире в настоящее время зарегистрировано более 250 млн больных, страдающих ожирением, что составляет около 7% всего взрослого населения, а в экономических развитых странах - до 20 – 40%. В Средней Азии, в среднем 12 - 20% людей имеют избыточную массу тела [1, 2, 4, 5].

К сожалению, современное состояние проблемы лечения ожирения оставляет желать лучшего, ввиду констатации следующих моментов: а) боязнь длительной полуголодной диеты у подавляющего большинства тучных людей; б) трудность стабилизации массы тела после похудения; в) в нашем обществе и в сознании некоторых людей бытует мнение, что «ожирение» это не болезнь, а следствие хорошей жизни и постоянного переедания; г) кроме того, при обучении в медицинских учебных заведениях профилактике и лечению ожирения уделяется ничтожно мало внимания. Отсюда, несмотря на глобальность проблемы, неудовлетворительные результаты коррекции веса. Несмотря на это интерес исследователей, ученых и практиков-клиницистов к проблеме лечения ожирения повсеместно усиливается. Действительно, лечить ожирение намного труднее, чем проводить его профилактику. Похудеть мечтают 85% людей имеющих лишний вес, но рекомендации врачей реально выполняют лишь 13%. Профилактику и лечение целесообразно направить не только на снижение массы тела, но и на отсрочку развития, существенное улучшение или устранение уже имеющихся сопутствующих заболеваний [1, 3, 4, 5]. Ввиду этого, в настоящее время врачи вынуждены прибегать к хирургическим методам коррекции ожирения, естественно, в этих условиях, отдается предпочтение наиболее безопасным, малоинвазивным технологиям лечения [1, 3]. Опыт применения хирургических технологий в лечении ожирений ничтожно мал, а многие аспекты проблемы касательно тактических, так и технических ее моментов изучены крайне недостаточно. Цель работы – оценка возможностей применения малоинвазивных хирургических технологий при лечении метаболического синдрома.

Материал и методы. В медицинской клинике «Достар Мед» (Алматы) и на кафедре хирургии КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова (Алматы), дифференцированный

подход к лечению больных с ожирением, сопровождающимся такими осложнениями, как артериальная гипертония, ишемический инсульт, сахарный диабет, синдром апноэ и гипопноэ во время сна, особенно у пациентов со стойким и трудно корригируемым другими средствами ожирением, обусловил необходимость применения малоинвазивных хирургических технологий у 25 больных (ИМТ > 30 кг/м²). При этом в 18 (72%) случаях, с целью снижения веса устанавливали в просвет желудка ORBERA System IntraGastric Balloon фирмы «Allergan» США. Показанием к установке внутрижелудочного баллона мы считаем: ожирение с ИМТ выше 25 кг/м² при неэффективности консервативной терапии, а также как один из элементов предоперационной подготовки к бариатрическим операциям. Противопоказанием к установке внутрижелудочного баллона служили заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки. У 12-ти пациентов с ожирением, внутрижелудочный баллон имплантировали в амбулаторных условиях, под контролем фиброгастроскопии в условиях местной анестезии, а в остальных случаях (6), прибегали к внутривенному наркозу. Под контролем зрения баллон устанавливали в области средней трети тела желудка, после чего заполняли его физиологическим раствором с добавлением метиленового синего с целью контроля герметизма баллона. Количество раствора, вводимого в баллон, составляло около 700 мл. В последующем, пациентам назначались Н₂ – блокаторы, спазмолитики и церукал. Впоследствии, больные периодически отмечали явления дискомфорта в виде тошноты, иногда рвоты, ощущение инородного тела и тяжести в желудке. Пятерым пациентам (27,7%), вследствие выраженных явлений дисфагии, проводилась инфузионная терапия с целью коррекции гиповолемии. Следует указать, что подавляющее большинство пациентов, впоследствии, успешно адаптировалось к носительству баллона в желудке, и каких-либо существенных жалоб в процессе лечения не предъявляло. Время нахождения баллона в желудке колебалось от 8 до 12 месяцев. В период наблюдения до одного года, практически, всех пациентов отмечалось снижение массы тела на 17% - 20% от первоначального исходного веса. Только у одной (5,5%) пациентки, нахождение баллона в желудке никак не отразилось на массе тела. Адекватность позиции имплантированного в желудок баллона контролировалось УЗИ. В наших наблюдениях в ходе выполнения процедуры, как установки, так и удаления внутрижелудочного баллона, каких либо осложнений не

отмечалось. Досрочное извлечение баллона, в течение первых 2 месяцев после установки, было предпринято только у одного из 18 пациентов в связи с индивидуальной непереносимостью лечения.

В 5 (20%) случаях нами было выполнено регулируемое эндовидеолапароскопическое бандажирование желудка силиконовой манжетой с изменяемым объемом Lap Band и SAGB (Swedish adjustable gastric band). Условиями выполнения бандажирования желудка являлась готовность пациента полностью изменить свое отношение к пище, то есть введение ограничения на употребление высококалорийных продуктов, пересмотреть режим питания и увеличить физическую нагрузку. Положение больного на операционном столе, в позиции полусидя, позволяло создать давление в брюшной полости не превышающее 14 мм рт.ст., что особенно было важно для тучных лиц. Для профилактики тромбоэмболических осложнений, перед операцией, проводилось компрессионное бинтование нижних конечностей. Троякары располагались аналогично таковому, при антирефлюксных операциях на пищеводе и желудке. Видеопорт располагался по срединной линии на границе средней и нижней трети расстояния между мечевидным отростком и пупком. Троякар для зажима типа Babcock располагался в области левой реберной дуги. Оперативное вмешательство начинали с мобилизации желудка по малой и большой кривизне, выше верхнего полюса селезенки. Из-за риска повреждения сосудов и стенки желудка, а также для предупреждения соскальзывания бандажа, под контролем видеолапароскопа, инструментом «Gold finger» проникали через гастропанкреатическую связку в области квадратной доли печени, позади желудка и напротив угла желудка. Посредством чего проводили бандаж вокруг тела желудка. Следует отметить, что на этом этапе вмешательства, каких-либо затруднений, связанных с проведением бандажа не отмечалось. После установки бандажа, анестезиолог наполнял баллон в эзофагогастральном зонде (калибровочный) и подтягивал вверх до фиксации его в пищеводно-желудочном жоме, бандаж фиксировали в этом положении дополнительными узловыми серозно-мышечными швами. Далее, накладывали отдельные серозно-мышечные швы, погружающие гастробандаж, для профилактики его соскальзывания.

В 2-х случаях, когда ИМТ превышала 45 кг/м², а со стороны лабораторных показателей отмечались значительные метаболические нарушения, нами предварительно, был установлен внутрижелудочный баллон, из-за высокого анестезиологического риска операции. В дальнейшем, после удаления баллона через 6 месяцев, пациентам была выполнена вторым этапом операция бандажирования желудка.

В 2-х (8%) случаях, была произведена лапароскопическая продольная резекция желудка (LSD-laparoscopic sleeve Gastrectomy). Операция предусматривала уменьшение объема желудка путем удаления значительной части тела желудка, при этом желудку придавали форму узкой трубки с сохранением кардиальной части, малой

кривизны и выходного отдела желудка. Тем самым, было достигнуто значительное уменьшение количество потребляемой пищи за счет быстреего появления чувства насыщения, в процессе наполнения во время еды уменьшенного в объеме желудка. Показанием к операции продольной резекции тела желудка считали морбидное ожирение с ИМТ до 50кг/м². После наложения пневмоперитонеума с помощью иглы Вереша, производили маркировку передней брюшной стенки и устанавливали троакары. С помощью печеночного ретрактора отводили печень, путем диссекции желудочно-ободочной связки мобилизовали большую кривизну желудка, мобилизацию заканчивали у левой ножки диафрагмы. Затем оставшаяся часть желудка мобилизовывалась в направлении привратника, не достигая его на расстоянии 5 см. После чего производили аппликацию и рассечение желудка линейным аппаратом с 45 мм (синими) кассетами. Операцию завершали укреплением линии аппаратного шва ручным (интракорпорально) обвивным швом.

Летальных исходов не было. Среди интраоперационных осложнений, отмечалось внутрибрюшное кровотечение - у одной пациентки, что потребовало конверсии доступа. В ближайшем послеоперационном периоде обострение хронического бронхита констатировалось у 3 больных, а нагноение послеоперационной раны - у 1. Результаты хирургического вмешательства оценивались традиционно, со сравнительным анализом уровня артериального давления, сахара крови, а также динамики индекса массы тела. Потеря избыточной массы тела до 20%, от исходной, в сроки до 7 месяцев наблюдения после операции, отмечено у всех больных, перенесших продольную резекцию желудка. Срок нахождения пациентов в клинике после операции составил в среднем 3 дня

Таким образом, у пациентов со стойким и трудно поддающимся традиционным способам коррекции, ожирением, достаточно эффективными являются малоинвазивные методы хирургической коррекции патологии с использованием желудочного баллона и телевидеолапароскопического бандажирования желудка.

Выводы:

1. Основные достоинства этих малоинвазивных хирургических вмешательств: операция не предусматривает вскрытие просвета полых органов, что позволяет снизить риск возникновения и частоту гнойно-септических послеоперационных осложнений, сохраняется естественный пассаж пищи по всем отделам желудочно-кишечного тракта, достигнут стойкий клинический эффект.

2. Опыт использование современной эндовидеохирургической аппаратурой в коррекции ожирения у лиц, с трудно корригируемой традиционными средствами, патологией, свидетельствует о том, что малая инвазивность технологии, позволяет в кратчайшие сроки улучшить качество жизни больного и заниматься активной трудовой деятельностью.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Седов В.М., Фишман М.Б. Лапароскопическая хирургия ожирения. – СПб.: 2009. – 192 с.
- 2 Седлецкий Ю.И. Хирургическая коррекция гиперлипотеидемии у больных с нормальной и резко избыточной массы тела (клинико-экспериментальное исследование)// Докторская дисс. - Ленинград: 1986. -219 с.
- 3 Яшков Ю.И. Этапы развития хирургии ожирения// Вестник хирургии. – М.: 2003. – 3с.
- 4 Payne J.H., De Wind L.T. Surgical treatment of obesity.-Am J.Surg. – 1969.- V.118.-P.141-147.
- 5 Fred M., Peskova M. Dnesni možnosti chirurgice lecby morbidni obesity.[Surgical treatment of morbid obesity]/ Rozhledy V Chirurgii.-1994.-73(4). – P. 165-168.

Р.Ж.ІЗБАСАРОВ

МЕТАБОЛИКАЛЫҚ СИНДРОМҒА ШАЛДЫҚҚАН НАУҚАСТАРДЫҢ ЕМІНДЕГІ АЗИНВАЗИВТІ ТЕХНОЛОГИЯЛАР

Түйін: Бұл зерттеудің мақсаты: метаболикалық синдром диагнозымен емделіп жатқан 25 науқастарға эндовидеохирургиялық аралаулардың тиімділігін зерттеу болды. Эндовидеохирургиялық технологияларды қолдану адекватты түрде азинвазивті оперативті араласуларды өткізу мүмкіншілігін анықтады. Азинвазивті технологиялар аркасында қысқа уақытта науқастардың барлық жағдайларда эндовидеохирургиялық технологияларды қолдану диагнозды нақтылауға, жарыне белсенді түрде еңбек қызметімен айналысуға жағдай жасады.

Түйінді сөздер: эндовидеохирургиялық технология, метаболикалық синдром, азинвазивті оперативті араласулар.

R.ZH.IZBASSAROV

MINIMALLY INVASIVE TECHNOLOGIES IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH METABOLIC SYNDROME

Resume: The purpose of this study was to examine the effectiveness of Computer Assisted Surgical Intervention on 25 patients who were treated with the diagnosis of metabolic syndrome. The use of Computer Assisted Surgery technology allowed in all cases to assess the possibility of an adequate set of minimally invasive surgery. This greatly reduced the frequency of complications, and postoperative hospital stay. Making minimally invasive technology will reduce the time to improve the quality of life and engage in active employment.

Keywords: the Computer Assisted Surgery technology, metabolic syndrome, minimally invasive surgery.

ӨТ ЖОЛЫНЫҢ БІТЕЛУ ҰЗАҚТЫҒЫНА БАЙЛАНЫСТЫ МЕХАНИКАЛЫҚ САРҒАЮ КЕЗІНДЕГІ ГОМЕОСТАЗ ЖАҒДАЙЫ

Механикалық сарғаю кезінде өт жолының бітелу ұзақтығына және өтке қатысты жүйедегі ауытқу үдерісіне байланысты бауырдың морфофункциональді бұзылыстары ауырлайды. Гомеостазиологиялық бұзылыстар холестаз ұзақтығына байланысты. Холестаз бауырда цитолитикалық процесстер пайда болуымен бауыр жеткіліксіздігін үдетеді. Механикалық сарғаюдың жасырын құрылымы мен уақытылы ауру түрін анықтау және белсенді операция алдында оны түзету операция кезіндегі асқыну мен операциядан кейінгі өлім көрсеткішін төмендетуде үлкен маңызы бар.

Түйінді сөздер: гомеостаз, механикалық сарғаю, билиарлы бітелу, өт тас ауруы

Өзектілігі: Тасты холецистит ауруының өсуі және оның асқынуларының себебі механикалық сарғыштану, холедохолитиаздың салдары көптеген диагностикалық, емдік- тактикалық және техникалық жайттар, тиімді емдеу тактикасын таңдауға кедергі келтіреді (1, 2, 3). Холедохокиназадан басқа қазіргі кезде калькулезді емес сарғыштанумен сырқаттанған науқастар саны жоғарылауда: 12 елі ішектің үлкен емізікшесінің тарылуы (2, 4).

16-29%, панкреатит 5,4-27 %, бауырдан тыс өт жолдарының тыртықты тарылуы 5,3-15%, Бауырдың паразитарлы аурулары 1,6-4%. Бұл аурулар белгілі бір жағдайларда өттің гипертензиясы мен механикалық сарғаюға әкеледі, бұл жиі жағдайда іріңді холангитпен көрінеді. Ол өз кезегінде ұланудың күшеюімен бірге бауырдың морфофункционалды бұзылыстарының өршуі мен гемодинамикалық, гемореологиялық және лимфодинамикалық ауытқуларға соқтырады (3, 4, 5, 6). Бауырдың бұзылу дәрежесі мен жылдамдығы өттік гипертензияның өсуіне, микроциркуляция бұзылысына, тіннің гипоксиясына, өт жолдарындағы қабынуға және сарғаю ұзақтығына тәуелді болады. Өттік гипертензия және өт қышқылының гепатоциттерге ұлы әсерінің нәтижесінде гепатоциттердің оттегіні тұтынуы төмендеп тотықтырғыш фосфориллеуді ажыратады және қызметін бұзады. Ол өз кезегінде клеткалық мембрана құрылымы мен қасиетін өзгертіп, мембраналық липид, холестерин, май қышқылдары мен мембрана байланыстырушы фермент белсенділігін бұзады. Механикалық сарғаюдың ұзақтығымен бауырдың қызметтерінің (өт бөлу, зарарсыздандыру) бұзылуы көп жағдайда организмнің гуморалды реттеуші жүйесі – ұю, фибринолитикалық, калликрин-кининді жүйелерінің бұзылуы геморрагиялық асқынулар, тромбозбен эмболияға алып келеді (6, 7). Белоктық, липидтік алмасулар бұзылысы, эндогенді интоксикация ең маңызды роль атқарады, өйткені оттегі тасымалы, қанның реологиялық қасиетіне, микроциркуляциясына, тотығу-тотықсыздану үрдісінің реттелуіне, клеткалық иммунитетке, гемостаз жүйесімен қанның агрегаттық жағдайына тікелей әсер етеді.

Мақсаты: билиарлы окклюзия ұзақтығына байланысты механикалық сарғаю кезіндегі бауырдың компенсаторлық қызметінің бұзылысын зерттеу.

Материалдар және әдістер:

Сарғыштану ұзақтығына байланысты 24 пен 82 жас аралығындағы 78 науқастың гоместаз жағдайы зерттелді.

Холедохометиаз-74%

Созылмалы панкреатит-95%

Холедохтың тыртықты стриктурасы -12,5%

12 елі ішектің үлкен емізікшесінің стенозы, лимфаденит - %

Сарғыштану ұзақтығы: I-ші топ 10күн, II-ші топ 2 апта. III-ші топ 3 аптадан көп. Билиарлы окклюзия ұзақтығы 10 күнге дейін альбуминдер 1,4 есе немесе 30%, гамма-глобулиндер мөлшері 1,5 есе (47%) көбеіген, қалдықты азот денгейі (23,9ммоль/л) жоғарлаған, жалпы билирубин 33,2-ден 180мкмольге дейін. АЛТ және АСТ денгейі қалыпты жағдайда, сілтілі фосфотаза барлық науқастарда 1,5-3 есе жоғарлады (85-190 бір/л). Ерте билиарлы окклюзия кезінде осы мәліметтер диспротеинемияның жоғарлауын және холестатикалық процесстер цитолитикалықтан жоғары екендігін көрсетеді.

Екінші топта шамалы трансаминаземия, қалдықты азот денгейі (25,8 ммоль/л) айқын жоғарлаған, I-ші топпен салыстырғанда сілтілі фосфотаза (192,5 ед/л), бета-липопротеидтар 2 еседен астам (26,2 г/л) жоғарлады. I-ші топпен салыстырғанда диспротеинемиямен қоса жалпы билирубин жоғарлады, бірақ толық емес (30 * 210 мкмоль/л).

III-ші топта диспротеинемия айқын гамма-глобулинемиямен. 60% науқастарда билирубинемия 200 мкмоль/л-ге дейін, 40%-да 200 мкмоль/л-ден жоғары, қалдықты азот денгейі 25%-ға жоғарлаған, АЛТ 3 есе жоғарлаған (2,7-ден 3,50 ммоль\л-ге дейін). Сілтілі фосфотаза 4,4 есе нормадан жоғары (262,2 бір/л). Осы мәліметтерге қарай холестазбен қатар айқын цитолитикалық процесстер байқалады. 30% науқастарда бета – липопропротеидемия байқалды және ол арықарай тереңрек жасуша мембранасының құрлысы мен қасиеттерін бұзады.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- 1 Апсаров Э.А., Уразбеков Н.И «Системные поражения органов гепатобилиарной системы при желчекаменной болезни» Хирургия Казахстана. – 1996. - № 5-6. - С. 3-7
- 2 Андреев Г.Н. «Механическая желтуха не опухолевой этиологии». - Великий Новгород: 2004 г.
- 3 Борисов А.Е., Земляной В.П., Левин Л.А. « К вопросу о диагностики механической желтухи». - Алма-Ата: 1991 г. - С.16-22
- 4 « Гастроэнтерология и гепатология: диагностика и лечение» под ред. А.В. Калинина, А.И. Хазанова. – М.: 2007 г.
- 5 Гальперин И.И. «Руководство по хирургии печени». -2009 г.
- 6 Андреев Г.Н. « Агрегатное состояние крови и нарушение гомеостаза у больных с внутripеченочным холестазом. Клиническая медицина. - Великий Новгород РФ: 2002 г. - С. 238-247
- 7 Ибадьдин А.С., Андреев Г.Н. « Гепатология және клиникалы биохимия». - Алматы «Карасай»: 2008 г. – 392 с.

К.К.КУРДЕКБАЕВ

СОСТОЯНИЕ ГОМЕОСТАЗА ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ В ЗАВИСИМОСТИ ДЛИТЕЛЬНОСТИ БИЛИАРНОЙ ОККЛЮЗИИ

Резюме: При механической желтухе морфофункциональные нарушения в печени значительно отягощаются в зависимости от длительности билиарной окклюзии и усугубляется течением патологических процессов в билиарном тракте. Уровень гомеостазиологических нарушений зависит от длительности холестаза, который способствует развитию цитолитических процессов в печени и нарастанию печеночной недостаточности. Выявление скрытых механизмов развития осложнений при механической желтухе имеет большое значение для своевременной диагностики и активной предоперационной коррекции данной патологии с целью снижения операционного риска и послеоперационной летальности.

Ключевые слова: гомеостаз, механическая желтуха, билиарная окклюзия, желчнокаменная болезнь.

K.K. KURDEKBAYEV

CONDITION OF A HOMEOSTASIS AT MECHANICAL JAUNDICE IN DEPENDENCE OF DURATION OF A BILIARNY OKKLYUZIYA

Resume: At a mechanical icterus morphofunctional disturbances in a liver are considerably burdened depending on duration biliar occlusions and is aggravated with flow of pathological processes in biliar tract. Level of haemostatic disturbances depends on duration of a cholestasia which promotes development of cytolytic processes in a liver and to increase of hepatic insufficiency. Revealing of the latent mechanisms of development of complications at a mechanical icterus is of great importance for timely diagnostics and active preoperative correction of the yielded pathology for the purpose of depression of operational risk and postoperative lethality.

Keywords: homeostasis, mechanical jaundice, biliarny okklyuziya, biliously stone illness.

И.В. ШУМАКОВ, В.Г. КИМ, С.В. КРАСНОВ, О.В. ДУДЯК, В.Е. МАЛАХОВ

КГП на ПХВ «Кардиологический центр» г. Петропавловск

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ДРУГИХ ОРГАНОВ

Наличие у пациентов конкурирующей патологии: выраженной коронарной недостаточности и онкологического заболевания – не редко возникающая задача в государственных учреждениях с высокоспециализированной медицинской помощью, требующих симультанного оперативного лечения с применением современных медицинских технологий. Клинический опыт одномоментного выполнения операций аортокоронарного шунтирования (АКШ) в условиях искусственного кровообращения (ИК) и удаление злокачественных новообразований (С-г) других органов, в условиях регионального кардиологического центра Североказахстанской области г. Петропавловска.

Ключевые слова: Клинический опыт, симультанная операция, онкологическое заболевание, коронарная недостаточность, аортокоронарное шунтирование.

Сочетание этих патологий в популяции мужчин достигает 6,9%(4). Актуальность проблемы обусловлена ростом количества онкологических больных с конкурирующей ишемической болезнью сердца и высоким риском развития осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы (острый инфаркт миокарда, угрожающие жизни аритмии, острая сердечно-сосудистая недостаточность) в интра и послеоперационном периоде при проведении обширных операций по поводу новообразований. Хирургическое вмешательство при сопутствующей выраженной ишемической болезни сердца до недавнего времени считалось малоперспективным и даже опасным в связи с реальной угрозой развития во время операций и в ближайшем послеоперационном периоде тяжелых, а нередко фатальных осложнений: острая сердечная недостаточность, острый инфаркт миокарда, угрожающих жизни аритмий. Поэтому, как правило, таким больным плановое оперативное вмешательство не проводилось или откладывалось на неопределенное время.

В настоящее время нет единого алгоритма оперативного лечения таких больных. Традиционно лечение проводится поэтапно: первым этапом проводится аортокоронарное шунтирование, вторым - оперативное лечение по поводу злокачественного образования. Симультанные операции исключают возможность развития осложнений со стороны опухоли (перфорация полого органа, кровотечение из распадающейся опухоли и т.п.) в межэтапный период, позволяют в ранние сроки осуществить радикальное вмешательство по поводу новообразований, уменьшают вероятность прогрессирования опухолевого процесса из-за отсрочки лечения и сокращают сроки госпитализации. По данным литературы (1), использование во время симультанных операций аппарата искусственного кровообращения и системы Cell-Saver не повышает риск диссеминации в организме опухолевых клеток.

Материалы и методы:

В данной публикации мы хотели поделиться нашим наблюдением по проведению 2-х симультанных операций у пациентов с раком почки и раком желудка с конкурирующей сердечной патологией.

Пациент А., 56 лет доставлен каретой скорой медицинской помощи в кардиологический центр г. Петропавловска с диагнозом: острый инфаркт миокарда с жалобами на жгучие, давящие боли за грудиной, одышку возникшие за 5 часов до поступления.

Обследование: ЭКГ- клиника острого крупноочагового переднебокового инфаркта миокарда. ЭХО КГ- аорта-34 мм, левое предсердие-33мм, правый желудочек-24 мм, КДР-49мм, КСР-32мм, МЖП-12мм, фракция выброса-50%. Сократительная функция снижена, очаговые изменения боковой стенки, гипертрофия левого желудочка.

Пациенту в экстренном порядке проведена коронароангиография- выявлен стеноз ПМЖВ в проксимальном отделе 75% и в дистальном 90%. Протяженный стеноз в среднем отделе огибающей ветви 75%. Стеноз в проксимальном и среднем отделе правой коронарной артерии 35% и 50%.

УЗИ органов брюшной полости- гепатомегалия, диффузные изменения в поджелудочной железе, увеличение головки. Гипернефрома правой почки.

Учитывая то, что для почечно-клеточного рака характерно отсутствие значимого эффекта от химиолучевой терапии и основным методом лечения является хирургический, консилиумом совместно с онкологами решено провести симультанную операцию.

Пациенту проведена одномоментная операция на 16 сутки от развития острого инфаркта: МКШ на ПМЖВ и АКШ на ВТК2 в условиях искусственного кровообращения и радикальная нефрэктомия. Длительность операции составила 240 минут, искусственного кровообращения 51 минута, ишемии миокарда 21 минута.

Гистологическое исследование- гипернефроидный (светлоклеточный) рак с прорастанием лоханки, паранефральной клетчатки и надпочечника.

Пациент экстубирован в первые сутки, дренажи из плевральной полости и средостения удалены также в первые сутки от момента операции. Дренажи из околопочечного пространства удалены на 3 сутки. Послеоперационный период протекал гладко, пациент выписан в удовлетворительном состоянии на 13 сутки после операции.

Пациент К., 60 лет поступил в плановом порядке в кардиологический центр г. Петропавловска с диагнозом: ИБС. Стенокардия напряжения. ФК 3. ХСН ФК 3 (NYHA) С-ventriculi. St 1 (T2,NO,M0).

Обследование: ЭКГ- ритм правильный, синусовый, ЧСС-60, ЭОС отклонена влево, ГЛЖ, БПНПГ. ЭХО КГ- аорта-26 мм, левое предсердие-32мм, правый желудочек-22 мм, КДР-46мм, КСР-31мм, МЖП-11мм, фракция выброса-63%. Сократительная функция удовлетворительная.

Коронароангиография- мультифокальное поражение коронарного русла, каскадные стенозы ПМЖВ- п/3 95%, с/3 75%. ОВ- стеноз п/3 85%, с/3 65%. ПКА- протяженный стеноз п/3 90%, окклюзия в с/3.

ФГДС- С-г антрального отдела желудка.

Пациенту проведена одномоментная операция: МКШ на ПМЖВ, ДВ1 и АКШ на ВТК1, ЗМЖВ в условиях искусственного кровообращения и субтотальная дистальная резекция желудка с расширенной лимфодиссекцией. Длительность операции составила 295 минут, искусственного кровообращения 77 минут, ишемии миокарда 41 минуту.

Гистологическое исследование- дифференцированная аденокарцинома.

Пациент экстубирован в первые сутки, дренажи из плевральной полости и средостения удалены на вторые сутки от момента операции. Дренажи из брюшной полости удалены на 5 сутки. Послеоперационный период протекал гладко, пациент выписан в удовлетворительном состоянии на 17 сутки после операции.

Обсуждения и выводы:

Интенсивное развитие кардиохирургии, внедрение новых технологий способствовали существенному улучшению результатов хирургического лечения заболеваний сердца. На современном этапе коррекция заболеваний сердца у пациентов хирургического профиля с высоким риском развития коронарных

осложнений является обоснованной и оправданной. Реваскуляризация существенно снижает частоту коронарных осложнений после некардиологических операций (6).

У больных со злокачественными новообразованиями и конкурирующей ишемической болезнью сердца симультанные операции позволяют избежать прогрессирования опухолевого процесса в межэтапный период, помогают осуществить в ранние сроки радикальное вмешательство по поводу новообразований.

Сложности психологического плана у человека, уже перенесшего одну тяжелую операцию, нередко заставляют его воздерживаться от другой операции. В связи с этим одновременное избавление от двух хирургических заболеваний воспринимается пациентами как огромная удача (5) и в то же время дает медицинский, социальный и экономический эффект(3).

Современные медицинские технологии позволяют проводить симультанные вмешательства у онкологических больных с конкурирующей сердечной патологией с хорошими непосредственными результатами.

Мировой опыт проведения симультанных операций такого рода относительно не велик(2), однако, несмотря на ограниченное количество оперированных пациентов, предварительные результаты показывают безопасность, эффективность и перспективность данного метода.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 7 Akchurin R.S., Davidov M.I., et al. Cardiopulmonary bypass and cell-saver technique in combined oncologic and cardiovascular surgery. *Artif. Organs*.-1997.-vol.21. - №7. - P. 763-765.
- 8 Anisimowicz L., Jarmoszewicz K. et al. Simultaneous operation including coronary artery bypass grafting on the beating heart and modified radical mastectomy mode patey-a case raport. *wiad. Lec.*-2000.-vol.53. - №11-12.- 693 p.
- 9 Давыдов М.И., Герасимов С.С., Шестопалова И.М. и др. Хирургическое лечение больных раком толстой кишки с конкурирующими сердечно-сосудистыми заболеваниями. *Хирургия*. – 2008.- 8.-С. 10-17.
- 10 Lopez-Encuentra A., Bronchogenic Carcinoma co-operative Group. Comorbidity in operable lung cancer. A mylticancer descriptive study on 2992 patients. *Lung Cancer*.-2002.-vol.35.-P.263-269.
- 11 Шумаков В.И., Шумаков Д.В., Евтихов Р.М. и др. Симультанные операции на открытом сердце и органах брюшной полости. - М:Профиль, 2006.- 216с.
- 12 Чернявский Ф.М., Караськов А.М., Мироненко С.П. и др. Хирургическое лечение мультифокального атеросклероза. *Бюллетень СО РАМН*. – 2006. – 2.- P. 120-128.

ЖҮРЕК ҚАН ТАМЫР ЖҮЙЕСІНІҢ ПАТОЛОГИЯСЫМЕН ЖӘНЕ ДЕ БАСҚА ІШКІ АҒЗАЛАРЫНЫҢ ҚАТЕРЛІ ІСТІГІ БАР НАУҚАСТАРҒА БІРЕГЕЙЛІ (СИМУЛЬТАНДЫ) ОПЕРАЦИЯ ЖҮРГІЗУДЕГІ КЛИНИКАЛЫҚ ТӘЖІРІБЕ

Түйін: Науқастардың бәсекелес патологиясы: Науқастың көптеген патологиялық бәсекелестері айқын жүрек жеткіліксіздігінен және анда-санда кездесетін онкологиялық ауруы- ол, үкімет саласындағы жоғарғы білікті медицина көмегімен шұғыл түрде заманауи медицина технологиясымен операция жүргізіледі. СҚО-ы Петропавл қаласында аудандық клиникалық тәжірибесі бір уақытта жасанды қан айналым көмегімен аортокоронарлық шунттаумен қоса жүргізіледі және басқа мүшелерден қатерлі ісіктің алынуы осы орталығында жасалады.

Түйінді сөздер: Клиникалық тәжірибе, қосалқы операция, онкологиялық ауру, жүрек жеткіліксіздігі, аортокоронарлық шунттау.

CLINICAL EXPERIENCE OF SIMULTANEOUS SURGERY IN PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR DISEASE AND CANCER OF OTHER ORGANS

Resume: The presence of disease in patients rival - severe coronary disease and cancer - no problem rarely occurs in public institutions with highly specialized medical care, requiring simultaneous surgical treatment with the use of modern medical technology. Clinical experience of simultaneous operations coronary artery bypass graft (CABG) surgery under extracorporeal circulation (EC) and removal of malignant tumors (Cr) of other bodies in the Regional Heart Center North Kazakhstan region Petropavlovsk.

Keywords: Clinical experience, simultaneous operations, cancer, coronary insufficiency, coronary artery bypass surgery.

Ж.С. ЖАНАЙДАРОВ, А.Е. ЖАЛБАГАЕВ, А.С. КУЛЬМУХАМЕТОВ, В.К. ТЯН
Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ТКАНЕЙ В ЗОНЕ ТРЕПАНАЦИОННОГО ДЕФЕКТА

Необходимость частого применения трепанации черепа, сопровождающейся удалением костного лоскута у больных с тяжелой черепно-мозговой травмой (ЧМТ) приводит к тому, что трепанационные дефекты черепа (ТДЧ) являются одним из самых распространенных посттравматических нарушений [3, 5]. К одним из нерешенных вопросов хирургии ТДЧ относятся сроки проведения краниопластики после трепанации черепа [2]. Большинство авторов считает оправданной тактику возможно более раннего проведения краниопластики [1,2]. В основном, сроки проведения реконструктивного вмешательства зависят от регресса патологической симптоматики тяжелой ЧМТ [6], однако, с хирургической точки зрения, большое значение имеет выраженность и характер рубцовых процессов в зоне трепанационного дефекта.

Известно, что после перенесенной черепно-мозговой травмы и проведенного оперативного вмешательства в зоне трепанационного дефекта развивается комплекс патоморфологических процессов [4]. Постепенное замещение дефектов головного мозга и мозговых оболочек продолжается в течение длительного времени и очевидно, что в различные сроки после травмы характер и выраженность этих репаративных процессов меняются. В связи с важностью этих морфологических изменений для определения тактики хирургического вмешательства - изучение динамики этих процессов представляет научный и практический интерес.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: изучение характера и выраженности посттравматических рубцово-спаечных процессов в различные сроки после трепанации черепа у больных с тяжелой черепно-мозговой травмой.

МАТЕРИАЛ и МЕТОДЫ. У 47 пациентов с трепанационными дефектами черепа, так же было осуществлено морфологическое исследование с целью изучения характерного течения регенераторных процессов после трепанации черепа в различные сроки после ЧМТ. Для гистологического исследования брались иссеченные во время хирургического вмешательства

Через 1 – 1,5 месяца после трепанации происходит уплотнение послеоперационных рубцовых изменений. При хирургическом формировании мягкотканного лоскута технических трудностей не возникает, так как он рыхло спаян с твердой мозговой оболочкой и для его отсепаровывания достаточно легкой тракции и воздействия распатором. Макроскопически отмечается

Выявляется наличие оболочечно-мозговых сращений между твердой, паутинной, сосудистой оболочками и корой головного мозга. Кроме того, выявляется связь надкостнично-дурального лоскута с разрастаниями в толще оболочечно-мозговых сращений.

Через 2 – 2,5 месяца после трепанации в зоне дефекта формируется кожный рубец мягко-эластической консистенции. При микроскопии выявляется

оболочечно-мозговые рубцы в следующие сроки после травмы: 17 – 25 дней, 1 – 1,5 месяца, 2 – 2,5 месяца, 3 – 4 месяца, 5 – 7 месяцев, 8 – 11 месяцев, 1 – 1,5 года, 2 – 4 года, 5 – 7 лет и 8 – 12 лет после трепанации черепа.

Материал фиксировался в 10 % растворе формалина. Срезы окрашивались гематоксилином и эозином, по Ван Гизону, по Маллари. Исследование выполняли методом световой микроскопии.

При выполнении реконструктивных операций и патогистологическом исследовании выявились особенности морфологического состояния тканей в зоне трепанационного дефекта, которые оказывали влияние на технические стороны оперативного вмешательства.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. При хирургическом вмешательстве на 17 – 25 сутки после трепанации - вся зона трепанационного дефекта была заполнена кровяными сгустками буро-коричневого цвета.

При микроскопическом исследовании, выполненном в эти сроки выявлено, что от наружной поверхности твердой мозговой оболочки в толщу кровяного сгустка прорастает грануляционная ткань. Для микроскопической картины характерны пучки коллагена с присутствующими гемосидерофагами, сегментоядерными эритроцитами и измененными эритроцитами. Наблюдается разрыхление и разволокнение ткани надкостницы. Отмечается рост новообразованных капилляров, которые имеют синусоидный тип, растянуты и тонкостенны. Основные выявленные патогистологические изменения заключались в формировании единого соединительнотканного лоскута из расположенных в зоне дефекта надкостницы и твердой мозговой оболочки. Происходит постепенное замещение формирующегося соединительно-тканного лоскута грануляционной тканью. Основным итогом этих процессов является происходящая изоляция участка мозга в зоне дефекта от субарахноидального пространства, в результате сращения оболочек между собой и с корой головного мозга.

формирование более грубого рубца по краям трепанационного дефекта.

При микроскопии выявлена обильная ревазуляризация на фоне нежнволокнистой соединительной ткани. Характерно наличие лизирующихся костных фрагментов (как следствие манипуляций при трепанации черепа), окруженных остеобластами и остеокластами.

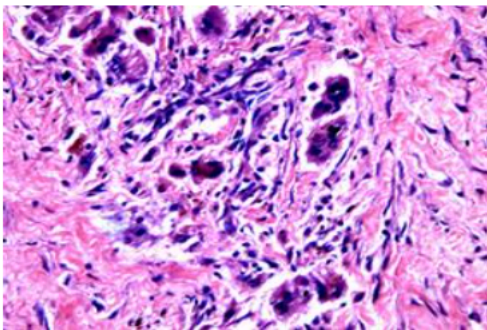
продолжающееся формирование оболочечно-мозговых сращений двух типов: круговые сращения, располагающиеся вдоль краев костного дефекта и плоскостные сращения, располагающиеся между твердой мозговой оболочкой и мозговой тканью. Рубцовая ткань, состоящего из двух пластинок надкостнично-дурального лоскута, состоит из большого количества частично гиалинизированных коллагеновых

волокон. Кроме этого, выявляется активная реваскуляризация в виде прорастающих в рубец со стороны надкостницы капилляров. Вростание рубцовой ткани между мышечными волокнами приводит к их склеротизации и отмиранию. Клеточные скопления представлены макрофагами, полиморфноядерными

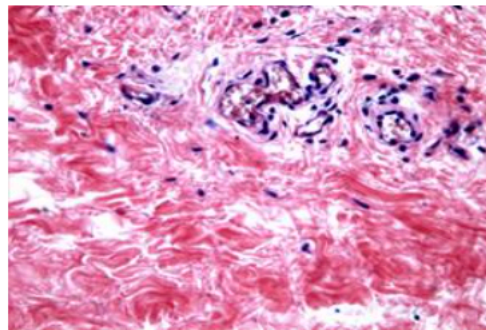
Надкостнично-дуральный лоскут превращается в конгломерат, замещающийся соединительной тканью и бедный клеточными элементами. Спайки между оболочками и подлежащим мозгом представлены. Через 5 – 7 месяцев по периметру трепанационного дефекта выявляются регенераторные процессы в кости. Некоторые участки регенерирующей кости достигают 1,5 – 2 см в толщину. Новообразованная кость часто прилежит непосредственно к поверхности мозга и связана с ней спайками. В зоне дефекта наблюдается еще более выраженная рубцовая трансформация и

Практически такие же изменения наблюдаются в сроки 8 – 11 месяцев после трепанации черепа. Рубцовая ткань

Через 1 – 1,5 года после трепанации проведение краниопластики связано с техническими трудностями.



а.



б.

Рисунок 1 - а. умеренно гиалинизированный рубец с гигантскими клетками; (1 год после трепанации черепа, окраска гематоксилином и эозином, $\times 200$); б. хорошо гиалинизированный рубец с отдельными мелкими сосудами (1г. 8 мес. после трепанации черепа, окраска гематоксилином и эозином, $\times 200$);

Дифференцировка тканей в толще рубцового конгломерата невозможна. При формировании лоскута отмечается интенсивное диффузное кровотоечение, требующее тщательного гемостаза. В эти сроки отмечается практически полное закрытие дефекта плотным надкостнично-дуральным лоскутом, который состоит из грубоволокнистой соединительной ткани с явлениями гиалиноза (рисунок 7 а, б). Краевые костные разрастания тесно прилежат к подлежащему мозгу и достигают 2 – 2,5 см от края дефекта. Спаечный процесс

лейкоцитами и фибробластами (рис. 3). В периферической зоне дефекта обнаруживаются скопления остеобластов, которые формируют тонкие балки и островки. В сроки 3 – 4 месяца после первичной операции происходит окончательное формирование кожного рубца.

волокнами, исходящими из всех оболочек головного мозга. Между волокнами встречаются лейкоциты и макрофаги.

сращение твердой мозговой оболочки, надкостницы и апоневроза, что приводит к формированию единого соединительнотканного лоскута. Происходит отложение солей извести, гиалинизация, сморщивание и сложение коллагеновых волокон в пучки. Следствием этих процессов является сдавление и последующая облитерация проходящих между волокнами сосудов.

представляет собой плотный слой компактно сформированных коллагеновых волокон.

Формирование мягкотканого лоскута затруднено из-за грубого рубцового перерождения ткани

отделяет участки коры от субарахноидального пространства и в этих зонах формируются мелкокистозные участки оболочечно-мозгового рубца. Через 2 – 4 года после первичной операции оболочечно-мозговые сращения значительно не изменяются и носят характер пористой или мелкокистозной структуры. Заметного увеличения краевых костных разрастаний не происходит, однако они становятся более плотными (рисунок 2).

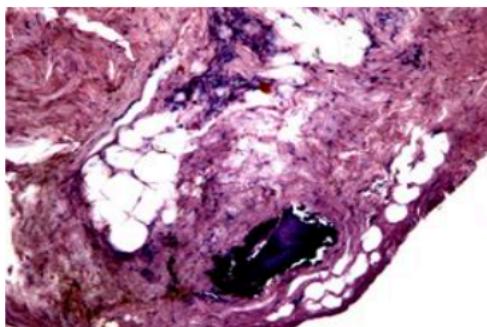


Рисунок 2 - Фрагмент костной стружки «вмурованный» в ткани рубца (2г. 2 мес. после трепанации черепа; Окраска гематоксилином и эозином, × 100);

В более поздние сроки после трепанации черепа – 4, 6, 9 и 12 лет изменения характеризуются выраженным гиалинозом тканей.

Таблица 1 - Патогистологически динамика морфологических изменений в области трепанационного дефекта вкратце представлена в

Срок после трепанации черепа	Морфологические изменения
17 – 25 дней	лизирующиеся эритроциты, макрофаги, сидерофаги и фибриновые нити
1 – 1,5 месяца	рыхлые соединительно-тканые волокна, фибробласты, новообразующиеся тонкостенные сосуды
2 – 2,5 месяца	разрастания коллагеновых волокон, гранулемы вокруг шовного материала
3 – 4 месяца	формирование грубой коллагеновой волокнистости и появление новообразованных костных структур
5 – 7 месяцев	начало гиалинизации коллагеновых волокон и резкое сокращение числа клеточных элементов
8– 11 месяцев	выраженная гиалинизация рубцовой ткани
1 – 1,5 года	наличие зрелых сосудов в толще рубца и костного регенерата окруженного хрящевой пластинкой
2 – 4 года и более	окончательное формирование гиалинового рубца

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Исследование регенераторных процессов в области трепанационного дефекта в различные сроки после черепно-мозговой травмы и трепанации черепа свидетельствует об их непрерывном характере. Эти процессы направлены на уплотнение рубца и усиление его грубоволокнистого строения. Вовлечение в процесс мышечной ткани способствует его быстрому созреванию, а участие краевого костного регенерата способствует формированию мелко-кистозных перерождений участков оболочечно-мозгового рубца. В образовании спаек принимает участие грануляционная ткань, которая прорастает от краев поврежденной твердой мозговой оболочки. Тесный контакт головного мозга с

поврежденной твердой мозговой оболочкой способствует формированию спаек. Наиболее существенным моментом, который способствует образованию оболочечно-мозговых сращений, вероятно, является повреждение мягкой мозговой оболочки и подлежащей ткани головного мозга. В целом результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что морфологические изменения в зоне трепанационного дефекта наименее выражены в сроки до 4 месяцев после трепанации. Полученные данные являются патоморфологическим обоснованием для выполнения краниореконструктивных оперативных вмешательств в это временной период.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Дунаевский, А.Е. Пластическая реконструкция дефектов черепа Клин. хирур. – 1992. - №12. – С. 23 – 26.
- 2 Зотов, Ю.В. Хирургия дефектов черепа. – СПб.: Айю, 1998. – 280 с.
- 3 Кравчук, А.Д. Посттравматические дефекты черепа Клиническое руководство по черепно-мозговой травме. - М.: Антидор. - 2002. - Т. 3. - С. 147 – 162.
- 4 Смирнов Л.И. Патологическая анатомия и патогенез травматической болезни нервной системы. - М.: 1949. – 203 с.
- 5 Dujovny, M. Cranioplasty: cosmetic or therapeutic? Surg. Neurol. – 1997. - №47 (3). – P. 294-297.
- 6 Stula, D. Cranioplasty. - Springer-Verlag; Wien. - New York: 1984. - 113 p.

УДК 617-089 (075.8)

О.К.ДАРМЕНОВ, Н.И.ОРАЗБЕКОВ, Р.Ж.ИЗБАСАРОВ, Е.О.ДАРМЕНОВ, С.С.МАМЫТХАНОВ,
Н.Н.МАЛГЕЛЬДИЕВ

Кафедра хирургии последипломного образования
КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова, г.Алматы

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЕ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ

Целью данного исследования было изучение эффективности эндовидеохирургического вмешательства у 186 больных, находившихся на лечении с диагнозом паховая грыжа. Применение эндовидеохирургической технологии позволило во всех случаях уточнить диагноз, уточнить форму и локализацию грыжи и установить возможность проведения адекватного малоинвазивного оперативного вмешательства. Благодаря этому значительно сократился частота осложнений и послеоперационный койко-день.

Ключевые слова: эндовидеохирургическая технология, паховая грыжа, малоинвазивные оперативные вмешательства

Актуальность. Хирургическое лечение паховых грыж остается одной из актуальных проблем современной герниологии. Прежде всего, это обусловлено все еще высокой распространенностью патологии среди населения, так по данным различных авторов частота встречаемости грыженосителей возросла по сравнению с 50-ми годами от 3-х до 5-ти раз и продолжает неуклонно расти [1, 2, 4]. В целом, около 3-4% населения страдают данной патологией, что, несомненно, приводит к снижению качества их жизни, утрате трудоспособности и инвалидизации. С другой стороны, несмотря на совершенствование способов герниопластики, по-прежнему остается высоким процент рецидивов грыж, частота которых варьирует по данным литературы от 5 до 45% [2, 3, 5].

В этой связи, до настоящего времени продолжают поиски наиболее эффективных способов лечения грыж живота, отвечающих таким современным требованиям, как высокая эффективность, возможность максимального сохранения функций организма, а также экономическая целесообразность. Однако, значительное число предложенных способов лечения паховых грыж, и в то же время не имеющая тенденции к снижению частота возникновения рецидивов заболевания, свидетельствуют о несовершенстве разработанных способов герниопластики и отсутствии объективных критериев для индивидуального выбора метода пластики грыж, что заставляет хирургов постоянно искать новые пути решения этой проблемы.

Материал и методы исследования и лечения. На кафедре хирургии последипломного образования КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова, в период с 2005 по 2011 годы, эндовидеохирургическая технология пластики паховых грыж была применена у 186 больных. Из них мужчин было 167 (90,2%) и женщин - 19 (9,8%). Возраст пациентов варьировал от 16 до 78 лет, причем подавляющее большинство из них составили лица трудоспособного возраста (135 или 72,6%). Лица пожилого и старческого возраста составили 18 (9,6%) больных. У 129 (69,3%) больных были выявлены различные сопутствующие заболевания.

В 125 (67,2%) случаях наблюдались правосторонние паховые грыжи, в 46 (24,7%) - левосторонние, а в 15 (8,1%) - имели место двухсторонние грыжи. Всем пациентам проводилось традиционное общеклиническое обследование.

Доля пациентов с наличием однократного рецидива составила - 15% (27), двукратного - 4,8% (9),

госпитализировано по поводу трехкратного рецидива - 1,1% (2).

Оперативное лечение проводилось на оборудовании фирмы «Wolf» с использованием устройства и набора инструментов «Эндомедиум», «Karl Storz». Общее обезболивание с элементами нейролептанальгезии и искусственной вентилицией легких применялось у 183 (98,3%) больных; у 3 (1,6%) пациентов - перидуральная анестезия.

Техника операции. При выполнении трансперитонеальной предбрюшинной герниопластики использовались 3 троакара, включая видеопорт. Лапароскоп вводили через 10 мм-ый троакар у пупочного кольца и в стороне от грыжевого выпячивания устанавливали инструментарий - через два 5 мм-ых троакара. Техника оперативного лечения практически не отличалась от общепринятой эндоскопической методики. Операцию начинали с выполнения обзорной лапароскопии и ревизии брюшной полости. Сращения между париетальной брюшиной и органами брюшной полости устраняли при помощи эндоожниц, после чего выделяли и грыжевой дефект. Далее, путем диссекции и препаровки мобилизовывались грыжевой мешок, семенной канатик, паховая связка, а также мышечные структуры передней брюшной стенки. Следует отметить, что при операциях по поводу паховых грыж, у 35% пациентов осуществлялось вправление содержимого грыжи путем инструментальной тракции органов в брюшную полость. В 2% случаев для вправления невправимых органов понадобилось дополнительное рассечение ущемляющего кольца. Размер дефекта передней брюшной стенки составлял в среднем около 2-х сантиметров.

Закрытие дефекта передней брюшной стенки в 159 (85,4%) наблюдениях выполнялось путем пластики пахового канала с использованием полипропиленовой сетки фирмы «Auto Suture», «Ethicon» (США), и в 27 (14,6%) случаях - полипропиленовым сетчатым трансплантатом производства «Линтекс» г. Санкт-Петербург (Россия).

Сетчатый имплантат подшивался при помощи обычной иглы к передней брюшной стенке изнутри с завязыванием узлов над апоневрозом, расстояние между швами составило не более 2 см, а от края протеза - не более 1,5 см. При наложении шва мы использовали атравматичную нить «Этибонд» 2-0 фирмы «Этикон» на небольшой колющей игле. При этом, в шов старались не

захватывать брюшину рокового треугольника (область семявыносящего протока и сосудов яичка). Вкол иглы производили изнутри кнаружи непрерывно по периметру дефекта. Под контролем видеокамеры, с расчетом закрытия «слабых мест» паховой и бедренной областей, сетчатый протез фиксировался к связке Купера, влагалищу прямой мышцы живота, поперечной фасции, в точке на 1 см медиальнее гребня подвздошной кости. Размеры полипропиленовых протезов подбирались индивидуально и варьировали от 11х6 см до 13х10 см в зависимости от величины грыжевых ворот. После фиксации протеза восстанавливалась целостность брюшины при помощи отдельных швов, накладываемых над сеткой. При наличии двухсторонней локализации паховых грыж оперативное лечение проводилось одномоментно, одним этапом.

Предварительное ушивание грыжевых ворот производили в 24 (12,9%) случаях, а в тех случаях, когда размеры внутреннего пахового кольца превышали 2,5 см, мы предварительно применяли так называемый «латеральный» шов: с помощью двух-трех узловых швов выполнялось сближение нижнего края поперечной мышцы живота.

При наличии больших дефектов, размер протеза определяется по максимально отстоящим его точкам, плюс 5 см. Это перекрытие обеспечивает дополнительную фиксацию протеза к задней поверхности передней брюшной стенки за счет внутрибрюшного давления.

Соблюдение этого условия обеспечивает максимальное прилегание протеза к брюшной стенке и позволяет исключить контакт органов брюшной полости с «прорастаемой» частью протеза. Продолжительность операции колебалась от 35 до 70 минут, что составило в среднем 43 мин.

При выполнении лапароскопической герниопластики, симультантно, трем пациентам с желчнокаменной болезнью была произведена холецистэктомия, а двум больным с варикоцеле - лапароскопическая резекция яичковой вены. Конверсии не потребовалось.

Послеоперационный период у всех пациентов протекал удовлетворительно. Болевой синдром в послеоперационном периоде был незначителен и не требовал назначения наркотических анальгетиков. Первые сутки пациенты получали инъекционные ненаркотические анальгетики, а впоследствии - их таблетированные формы. Антибактериальная терапия не назначалась. Отмечалась ранняя активизация пациентов. Больные поднимались с постели и самостоятельно обслуживали себя уже через 4 часа после операции. Больные выписывались через 24-48 часов после оперативного лечения. Средние сроки пребывания пациентов в стационаре составили 1,8 суток.

Результаты исследования. Ранний послеоперационный период протекал гладко, без каких либо осложнений в 154 случаях. Интра- и послеоперационные осложнения имели место у 32 больных. В том числе, повреждение нижних эпигастральных сосудов было констатировано в одном случае (0,5%), небольшая отечность паховой области - у 24 (12,9%), умеренная гематома мошонки - у 3 (1,6%) и серома троакарной раны - у 6 (3,1%). Кроме того, у одного пациента (0,5%) мужского пола наблюдалась острая задержка мочи. Невралгия латерального кожного нерва бедра отмечена у трех пациентов (1,6%). При этом

пациенты отмечали боль, чувство жжения на передней поверхности бедра, боли при движении. Больные консультированы невропатологом, назначено консервативное лечение и физиотерапия с быстрым положительным эффектом.

В отдаленном послеоперационном периоде, в сроки от 1-го месяца до трех лет, прослежены все оперированные 186 больных. При этом, рецидив грыжи наблюдался у 1 (0,5%) больного (из-за несоблюдения режима, на фоне выраженной физической нагрузки). У всех остальных пациентов отмечено благоприятное течение позднего послеоперационного периода.

Обсуждение результатов. Эндовидеохирургическая техника герниопластики при паховых грыжах позволила достичь у абсолютного большинства пациентов положительных результатов, как в течение раннего послеоперационного периода, так и в отдаленные сроки после вмешательства. Так, интраоперационно, повреждение небольших ветвей нижних эпигастральных артерий имело место в одном случае. В ближайшем послеоперационном периоде, осложнения наблюдались в 31 случае, из них непосредственно хирургического характера - в 9. В отдаленные сроки после операции рецидив грыжи был отмечен только в одном случае. То есть лапароскопическая техника производства паховых герниопластик имеет целый ряд преимуществ по сравнению с традиционными открытыми способами операции.

Анализируя наш опыт эндовидеохирургической герниопластики при паховых грыжах, в купе с данными других исследователей можно заключить, что наряду с неоспоримыми положительными сторонами лапароскопической герниопластики перед открытой методикой имеются и определенные ее недостатки. В частности, следует отметить высокую стоимость расходных материалов, необходимость ее выполнения только под общей анестезией. Кроме того, лапароскопия является полостной операцией, тогда как при открытом варианте грыжесечения брюшная полость может не вскрываться, длительность операции при эндовидеохирургической технике на 15-30 минут дольше.

В то же время, лапароскопическая герниопластика имеет целый ряд существенных преимуществ, по сравнению с традиционными вмешательствами. Так, возможна ранняя активизация пациента вскоре после завершения операции и пробуждения от наркоза. Нет необходимости соблюдать постельный режим. Пациент может быть выписан в день операции или на следующие сутки. Болевые ощущения после операции минимальны и устраняются обычными обезболивающими средствами. Отсутствие внешних швов дает возможность принимать водные процедуры уже со следующего дня после операции, заслуживает внимания и отсутствие послеоперационного рубца. Минимальны ограничения и в пищевом режиме пациента, а многие пациенты могут управлять транспортным средством, практически, через 2-3 дня после операции. Образ жизни пациента практически не меняется, он может вернуться к обычной работе уже через 2-3 дня после операции.

Заключение. Таким образом, несмотря на определенные ограничения, скорее связанные с материальными издержками, лапароскопическая герниопластика при паховых грыжах имеет целый ряд неоспоримых

преимуществ и позволяет уже в ранние сроки после операции значительно улучшить качество жизни

пациентов, по сравнению с традиционными вмешательствами.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Борисов А.Е., Стрижелецкий В.В., Михайлов А.П., Рутенбург Г.М., Гуслев А.Б., Акимов В.П., Жемчужина Т.Ю., Румянцев И.П., Чуйко И.В. Опыт видеоэндохирургии в диагностике и лечении больных с экстренной патологией // Тезисы докладов 4-го Международного симпозиума "Вопросы оказания неотложной хирургической помощи в городских стационарах". – СПб.: 1996.
- 2 Кулик Я.П., Седов В.М., Гуслев А.Б., Стрижелецкий В.В., Рутенбург Г.М. Лапароскопическая внебрюшинная герниопластика в лечении больных паховой грыжей // Вестник хирургии. - 1995.- Т.154.- № 3.- С.106-109.
- 3 Седов В.М., Стрижелецкий В.В. Осложнения в лапароскопической хирургии и их профилактика // Санкт-Петербургское медицинское издательство. - СПб.: 2002. – 179 с.
- 4 Cuschieri A. et al. Laparoscopic antireflux surgery and repair of hiatal herina // World J. Surg. - 1993. -v.17. - P.40-45.
- 5 Salky B. Diagnostic laparoscopy // Surg. Laparosc. Endosc. -1993. -Apr.- v.3(2). - P.132 -134.

**О.К.ДӘРМЕНОВ, Н.И.ОРАЗБЕКОВ, Р.Ж.ІЗБАСАРОВ, Е.О.ДӘРМЕНОВ, С.С.МАМЫТХАНОВ,
Н.Н.МАЛГЕЛЬДИЕВ**

ШАП ЖАРЫҒЫНЫҢ ДИАГНОСТИКАСЫ ЖӘНЕ ЕМІНДЕГІ
АЗИНВАЗИВТІ ТЕХНОЛОГИЯЛАР

Түйін: Шап жарығы диагнозымен емделіп жатқан 186 науқастарға эндовидеохирургиялық аралаулардың тиімділігін зерттеу болды. Барлық жағдайларда эндовидеохирургиялық технологияларды қолдану диагнозды нақтылауға, жарықтардың пішінін, түрін, орналасуын және адекватты түрде азинвазивті оперативті түрде мүмкіншіліктерін көрсете алды. Осының арқасында бірталай асқынулар жиілігі мен отадан кейінгі төсек сандары анағұрлым азайды.

Түйінді сөздер: эндовидеохирургиялық технология, шап жарығы, азинвазивті оперативті араласулар

**O.K.DARMENOV, N.I.ORAZBEKOV, R.ZH.IZBASSAROV, E.O.DARMENOV
S.S. MAMYTHANOV, N.N.MALGELDIEV**

MINIMALLY INVASIVE TECHNOLOGY IN THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF INGUINAL HERNIAS

Resume: The purpose of this study was to examine the effectiveness of Computer Assisted Surgical Intervention on 186 patients who were treated with the diagnosis of inguinal hernias. The use of Computer Assisted Surgery technology allowed in all cases to refine diagnosis, refine the shape and location of hernias, to assess the possibility of an adequate set of minimally invasive surgery. This greatly reduced the frequency of complications, and postoperative hospital stay.

Keywords: the Computer Assisted Surgery technology, an inguinal hernias, minimally invasive surgery

Ж.АБЫЛАЙҰЛЫ, м.ғ.д. профессор, Г.Б.СРАИЛОВА, Б.П.СҰЛТАНОВА, А.А.АБИЕВА, А.Е.МЫРЗАБАЕВА

С.Ж.Асфендияров атындағы ҚазҰМУ Ішкі аурулар клиникасы,
эндокринология кафедрасы, резидентура, Алматы, Қазақстан

АУЫЛ ТҰРҒЫНДАРЫНЫҢ ҚАРТАЮ ҚАРҚЫНДАРЫН ЗЕРТТЕУ НӘТИЖЕЛЕРІ

Бұл мақалада ауылда тұратын жастары 45-тен асқан пациенттердің жасы ұлғайған сайын қартаю қарқын үлесін анықтай отырып, қай жас аралығында өз шыңына жететінін зерттеу арқылы кесте түрінде көрсетілді. Сонымен қатар, кеңінен таралған аурулардың кездесу жиілігін егде жастағы ауыл тұрғындар арасындағы үлесі кесте түрінде көрсетілді. Пациенттердің жастарын бес жылдық аралықпен топтастырып, әрбір жастық топтың қартаю қарқынын әртүрлі мамандармен зерттеу жүргізіліп анықталды.

Түйінді сөздер: қартаю қарқыны, қартаюға қарсы бағдарлама, зат алмасу құбылысына сәйкес жас, қауіп фактор, эндокринді аурулар жиілігі

Ғылыми зерттеу жұмысы аясында Алматы облысы Райымбек ауданындағы ауыл тұрғындарының қартаю қарқынын зерттеу жоспарланды. Біздің зерттеу мақсатымызға сәйкес 45 жастан асқан 359 адам қаралды, оның ішінде 270 әйел, 89 – ер. Зерттеу мақсаты: эндокринді аурулардың жиілігі мен жасының ұлғаюына байланысты қосарланған аурулардың таралуын, сонымен қатар ауыл тұрғындарының қартаю қарқынын анықтау. Барлық зерттелушілер эндокринологпен, кардиологпен, стоматологпен, пульмонологпен, физиологпен, психотерапевтпен, генетикпен қаралды, сонымен қоса жасы ұлғайған және егде жастағы науқастарға клиникалық сұрама толтырылып, өмір сүру

сапасы зерттелінді. Сонымен бірге жапондық аппарат «Tanita»-мен зерттеу жүргізілді. Алынған зерттеу нәтижелері статистикалық өңделді және жасқа байланысты анализ жүргізілді. Зерттеу нәтижелері 1-ші кестеде көрсетілген.

1 кестеде көрініп тұрғандай жасы ұлғайған және егде жастағы пациенттерде жасының ұлғаюына байланысты қосарланған мынадай аурулар кеңінен таралған: қан қысымының жоғарылауы - 42,6%, эндокринді жүйенің аурулары - 27,6%, оның ішінде йод тапшылығынан болатын аурулар - 36%, гипотиреоз - 25%, қант диабеті – 21%, семіздік - 9%, жайылмалы ұытты жемсау - 5%, климакстық синдром – 3%.

Кесте 1 - Жасының ұлғаюына байланысты аурулардың кездесу жиілігі.

№	Жасының ұлғаюына байланысты аурулар	Жалпы саны	Әйелдер	Ерлер	Кездесу жиілігі, 359 адамға шаққандағы %.
1	Қан қысымының жоғарылауы	153	121	32	42,6
2	Жүректің ишемиялық аурулары	85	52	33	23,4
3	Асқазан-ішек жолдарының аурулары	82	65	17	22,8
4	Бүйрек аурулары	64	55	9	17,8
5	Тыныс алу жүйесінің аурулары	48	30	18	13,4
6	Буын аурулары	38	27	11	10,6
7	Эндемиялық жемсау	36	33	3	10
8	Гипотиреоз	25	23	2	6,9
9	Қант диабеті	22	9	13	5,9
10	Жүйелі аурулар	18	18	0	5
11	Миома, поликистоз	11	11	0	4
12	Семіздік	9	6	3	2,5
13	Инсульт	7	5	2	1,9
14	Энцефалопатия	6	3	3	1,7
15	Жайылмалы ұытты жемсау	5	4	1	1,4
16	Климакстық синдром	3	3	0	1,1
17	Парадонтоз	1	0	1	0,3

Жапондық аппарат «Tanita»-мен зерттеу нәтижелері алынды. Ауыл халқының зерттеу нәтижелерін сараптау 60 жасқа дейін дене салмағы бір деңгейде болатынын, ал кейінгі он жылдықта дене салмағының дәлелді түрде төмендеуі байқалатынын көрсетіп отыр, дене салмағының төмендеуінің ең жоғарғы деңгейі 70-75 жас аралығында байқалады. Ағзаның энергия жұмсауы 65 жасқа дейін өседі, ал кейіннен төмендеуі байқалады. Бұл

берілген критерилер жастың өсуіне сәйкес күшейе түсетін ағзаның энергетикалық қорының азая бастайтынын көрсетеді.

Зерттеу нәтижесінде алынған орташаланған мәліметтер зерттеліп отырған параметрлердің статистикалық нақтылығын анықтауға мүмкіндік бермеді, соған байланысты біз зат алмасу өзгерістерінің жиілік таралымын зерттедік. Түрлі жастық топтардағы зат

алмасу құбылыстарына сәйкес жастың (адамның зат алмасу үрдістерінің деңгейіне байланысты жас) өзгеріс жағдайларының жиілік таралымы сол топтардағы

бөлшекті ерекшелігін көрсетеді және 2-кестеде кескінделген.

Кесте 2 – Ауыл тұрғындарының әртүрлі жастық топтарындағы зат алмасу құбылыстарына сәйкес жас өзгерістерінің жиілігі

Жасы	45 тен 50 дейінгі жас	50 ден 55 дейінгі жас	55 тен 60 дейінгі жас	60 тан 65 дейінгі жас	65 тен 70 дейінгі жас	70 тен 75 дейінгі жас	75 тен жоғарғы жас
Саны, N	95	93	82	51	20	13	5
Қартаюдың жылдам қарқыны, % (1)	69,5±4,7	65,6±4,9	47,6±5,1	27,5±5,2	30,0±10,2	7,7±2,8	20,0±17,8
Қартаюдың төмендеу қарқыны, % (2)	28,4±4,6	23,7±4,4	43,9±5,1	66,7±8,1	70,0±10,2	92,3±9,6	80,0±17,8
Зат алмасу құбылысына сәйкес жас және төлқұжаттық жастың сәйкестігі, % (3)	2,1±1,4	10,8±3,1	8,5±2,9	5,9±2,4	0±0	0±0	0,0±0,0
P1-2	<0,001	<0,001	>0,05	<0,001	<0,05	<0,001	<0,05
P1-3	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	-	-	-
P2-3	<0,001	<0,05	<0,001	<0,001	-	-	-

Әрбір жастық топтағы өзгеру жағдайларының жиілігін сараптау мынаны көрсетеді: 45 пен 50 жас аралығындағы жастық топтарда қартаюдың жылдам қарқыны - 69,5%, яғни зат алмасу құбылысына сәйкес жастың төлқұжаттық жастан үлкен екендігін көрсетеді. Тек қана 2,1% жағдайларда зат алмасу құбылысына сәйкес жас және төлқұжаттық жастың сәйкестігі байқалып отыр.

Қартаюдың жылдам қарқыны (яғни оларда зат алмасу құбылысына сәйкес жас төлқұжаттық жастан үлкен болады) 45-50 жас аралығында және 50-55 жас аралығында өз шыңына жетеді, ол 69,5% және 65,6% сәйкес. 55 жастан бастап жылдам қартаюдың кездесу

жиілігінің ұдайы төмендеуі байқалады, демек жасы ұлғайған сайын ауыл тұрғындарының дене салмағының артуы азаяды. Жылдам қартаюдың ұзақтығы шамамен 5 жастан 35 жасқа дейін. 70-75 жас аралығындағы жастық топта қартаюдың жылдамдауы 7,7% жағдайларда байқалады, ал 92,3% жағдайларда төлқұжаттық жас зат алмасу құбылысына сәйкес жастан артық. Бұл мәліметтер жылдам қартаюдың көбіне 45-55 жас аралығында пайда болатынын көрсетеді. Сондықтан дәл осы контингент арасында қартаюға қарсы бағдарлама бойынша көмек беру қажет.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 А.Аканов, С.Ямошита, С.Мейрманов и др. Пожилые люди и их проблемы: опыт Японии и Казахстана. - Нагасаки-Алматы: 2008. -199 с.
- 2 А.Аканов, С.Сейдуманов, В.Ахметов и др. Контуры нового здравоохранения и концептуальные подходы к стратегии реформы здравоохранения до 2020 года. - Алматы: 2009. -165 с.
- 3 А.Аканов, К.Нурманов, А.Арингазина и др. Общественное здравоохранение: основные подходы и принципы определения и удовлетворения потребностей человека. - Алматы: 2007. -136 с.

Резюме: В этой статье показаны как были осмотрены лица сельского населения старше 45 лет и изучение частоты случаев эндокринных и распространенность возраст ассоциированных заболеваний с последующим определением темпа старения сельского населения. Все обследуемые осмотрены эндокринологом, кардиологом, стоматологом, пульмонологом, физиологом, психотерапевтом, генетиком с последующим заполнением клинической анкеты пациента старшего и пожилого возраста, также изучено качество жизни, одновременно проведены обследования на японском аппарате «Tanita». Полученные результаты исследования статистически обработаны и проведен анализ в зависимости от возраста. Все полученные данные показаны в виде таблицы.

Ключевые слова: темп старения, программа антистарения, метаболический возраст, фактор риска, частота эндокринных заболеваний.

Resume: It was described examinations of rural areas population who are older than 45 years and study of endocrine and age associated diseases frequencies with the subsequent determination of countrys ageing population rate. All examined participants were examined by an endocrinologist, cardiologist, stomatologist, pulmonologist, physiologist, psychotherapist and geneticist with the subsequent filling of the clinical questionnaire of the older age patient. Also, it was studied the quality of life. At the sametime it was carried out examinations on the Japanese device TANITA. All the collected dates were statistically processed and analyzed depending on age. Obtained dates were shown in a table.

Keywords: ageing rate, anti-aging program, metabolic age, risk factor, frequency of endocrine diseases.

К.К. КУРДЕКБАЕВ

Городская клиническая больница № 7, г. Алматы

АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Левифлоксацин, при чувствительности к нему микрофлоры, является препаратом выбора для лечения больных с осложненными формами синдрома диабетической стопы.

Ключевые слова: антибактериальная терапия, диабетическая стопа, микрофлора, инфекция, гангрена.

Острые гнойно-воспалительные заболевания кожи и мягких тканей являются частыми спутниками сахарного диабета. Особенно тяжело протекают гнойно-некротические процессы на нижних конечностях при осложненном синдроме диабетической стопы (СДС), часто с существенным отягощением основного заболевания и угрозой генерализации инфекции. Инфекция-обычное осложнение формирующихся язв или ран на стопе, именно она во многом определяет тяжесть течения поражений нижних конечностей у таких больных. В условиях нарушенного кровотока инфекция существенно ухудшает прогноз вероятности сохранения конечности или даже самой жизни.

Инфекционный процесс способствует тромбозу уже измененных вследствие атеросклероза артерий, что приводит к прогрессированию ишемии. В настоящее время гнойно-некротические поражения стоп на фоне СДС остаются наиболее частой причиной нетравматической ампутации нижних конечностей вследствие развития гангрены, очевидно, что в таких условиях наряду с хирургическими вмешательствами, направленными на дренирование гнойных очагов и удаление некротических тканей, одним из важнейших звеньев комплексного консервативного лечения является своевременная адекватная антибактериальная терапия.

В исследование были включены 178 больных с осложненным течением синдрома диабетической стопы, госпитализированных в хирургическое отделение в 7-ГКБ г. Алматы с 2008 года по 2012 год.

У всех пациентов отмечены признаки гнойно-некротического поражения стоп: трофические язвы, абсцессы, флегмоны, остеомиелит, гангрена. Обязательным этапом было выполнение оперативных вмешательств на стопе (вскрытие флегмон и абсцессов, некрэктомия, ампутация).

При исследовании посевов из гнойных очагов у 161 (90,4%) больных микробные ассоциации включали от 2 до 5 видов микроорганизмов, причем смешанная (анаэробно-аэробная) инфекция диагностирована у 158 (88,7%) человек, только аэробная – у 16 (8,9%). У 4 (2,2%) пациентов рост аэробной флоры не обнаружен.

Нередко вследствие длительного течения раневого процесса у больных сахарным диабетом сохраняется открытая послеоперационная рана, которая определяет постоянный риск реинфицирования госпитальными штаммами. Этим обусловлена необходимость проведения постоянного бактериологического мониторинга раны и длительного назначения антибактериальных препаратов.

Показаниями к проведению антибактериальной терапии у больных с СДС являются следующие клинические признаки: общие проявления инфекции (повышенная

температура тела, лейкоцитоз и т.д.); локальные признаки прогрессирующего гнойно-некротического процесса (перифокальный отек, формирование вторичных очагов некроза, гнойное отделяемое, характерный запах и т.д.); наличие целлюлита в глубине раневого дефекта; наличие трофических язв, пенетрирующих на всю глубину мягких тканей до кости, с признаками инфекционного процесса; наличие остеомиелита или артрита с признаками прогрессирования инфекции; ранние восстановительные операции на стопе. Эффективность антибактериальной терапии у больных с осложненным СДС во многом зависит от правильного выбора препарата. Она должна обеспечивать максимальный лечебный эффект при минимальном воздействии на организм больного, страдающего, как правило, тяжелыми сопутствующими заболеваниями.

В качестве препаратов выбора целесообразно использовать фторхинолоны III-IV поколений (левофлоксацин, гатифлоксацин, моксифлоксацин), цефалоспорины III-IV поколений (цефотаксим, цефтриаксон, цефтазидим, цефоперазон, цефепим), ингибиторозащищенные пенициллины (ко-амоксиклав). Ряд препаратов эмпирической терапии, не действующие на анаэробную микрофлору, следует назначать в сочетании с метронидазолом, мератином. В особо тяжелых случаях (при септическом состоянии) считаем оправданным назначение карбапенемов (имипенем, меропенем).

В нашей клинике наиболее часто в качестве монотерапии применяли: пенициллины с расширенным спектром действия (ко-амоксиклав); фторхинолоны III-IV поколений (левофлоксацин, гатифлоксацин, моксифлоксацин); карбапенемы (меронем). Из комбинаций антибактериальных препаратов в основном использовали: левофлоксацин + линкомицин (клиндамицин); левофлоксацин + метронидазол; цефалоспорины III-IV поколений (цефотаксим, цефтриаксон, цефтазидим, цефепим) + метронидазол; ванкомицин + метронидазол.

Исходя из собственного клинического опыта, мы считаем, что своевременно начатая адекватная эмпирическая антибактериальная терапия в комплексе с консервативными методами лечения и хирургической санацией гнойного очага позволяет остановить прогрессирование гнойно-некротического процесса, предотвратить распространение инфекции и тем самым избежать повторных хирургических вмешательств и сохранить опорную функцию стопы. В то же время, правильно проводимая комплексная консервативная терапия наряду с хирургическим лечением позволяет сократить показания к назначению антибактериальных препаратов и сроки их использования.

После получения данных микробиологического исследования, в случае необходимости, производят коррекцию антибактериальной терапии с учетом чувствительности выделенной микрофлоры к антибактериальным препаратам этиотропную антибактериальную терапию.

Чувствительность микроорганизмов, наиболее часто высеваемых из гнойных очагов при осложненном СДС, представлена в таблице. Выбор антибактериальных препаратов и коррекция их дозировки (с учетом чувствительности высеянных микроорганизмов) осуществлялись в соответствии с рекомендациями производителей и с учетом функционального состояния выделительных органов пациента (почек, печени). Продолжительность антибактериальной терапии у больных с осложненным СДС - до появления отчетливого клинического эффекта - составляла от 10-14 до 30-40 дней. Со второй недели ее проведения к лечению добавляли противогрибковые препараты (флуконазол, дифлюкан, фуцис и др.) в профилактических дозах. Необходимость замены антибактериальных препаратов возникала:

- при отсутствии клинического эффекта противомикробной терапии в течение 5 дней при условии купирования явлений критической ишемии на стопе и хирургической санации гнойно-некротического очага;
- при появлении новых штаммов микрофлоры в гнойном очаге (реинфицирование раны), не чувствительных к проводимой антибактериальной терапии;
- при развитии осложнений или побочных реакций, связанных с применением данного антибиотика.

Контроль чувствительности высеваемой микрофлоры - обязателен. После отмены антибиотиков дальнейшее лечение открытых ран проводили под повязками с

помощью многокомпонентных препаратов на гидрофильной основе или с антисептиками, обеспечивающими высокий антимикробный эффект непосредственно в ране (диоксидин, хлоргексидин, мирамистин, повидон-йод и др.).

Особый интерес в настоящее время представляет так называемая ступенчатая терапия. Учитывая хорошее усвоение современных таблетированных антибактериальных препаратов и ориентируясь на динамику течения раневого процесса, можно сократить сроки введения парентеральной формы лекарства до 3-5 суток, с последующим переводом больного на таблетированную форму. Эта тактика значительно сокращает общие противопоказания к лечению без снижения его качества.

К таким препаратам относится левофлоксацин (Локсоф). Мы применяли его для лечения 45 (21,3%) больных с осложненными формами СДС, у которых выделенная микрофлора была чувствительна к данному препарату. Локсоф получали внутрь 30 больных (по 500 мг 2 раза в сутки), в режиме ступенчатой терапии 15 больных (4-5 суток внутривенно, затем внутрь). Длительность терапии - 10-14 дней. В связи с тем, что у 34 больных выявлялась смешанная аэробно-анаэробная микрофлора, им был назначен левофлоксацин в комбинации с метронидазолом. В результате лечения у всех включенных в исследование пациентов наблюдался положительный клинический эффект, сравнимый с таковым при применении более дорогостоящих схем антибактериальной терапии. У больных снижалась степень тяжести эндотоксикоза: купировалась лихорадка, нормализовалась гемодинамика, достоверно снижался лейкоцитоз при одновременном увеличении относительного и абсолютного количества лейкоцитов.

К.К.КҮРДЕКБАЕВ

АЯҚ БАСЫНДА ДИАБЕТИКАЛЫҚ СИНДРОМЫ БАР НАУҚАСТАРДЫ БАКТЕРИЯЛАРҒА ҚАРСЫ ЕМДЕУ

Түйін: Аяқ басында диабетикалық синдромның асқынған түрлері бар науқастарды емдеу үшін левофлоксацин, микрофлоралардың оған сезімталдығы болса, таңдаулы дәрісі болып табылады.

Түйінді сөздер: антибиотикке қарсы ем, диабеттен болған аяқ басы, микрофлора, жұқпа, шіру

K.K. KURDEKBAYEV

ANTIBACTERIAL THERAPY AT PATIENTS WITH THE SYNDROME OF DIABETIC STOPS

Resume: Levofloxacin, at sensitivity to it of microflora, is a preparation of a choice for treatment of patients with the complicated forms of a syndrome diabetic stops.

Keywords: antibiotic therapy, diabetic foot, microflora, infection, gangrene

Н. САБИРОВА

КГКП «Махамбетская центральная районная больница Управления здравоохранения Атырауской области» с. Махамбет

УРОВЕНЬ И СТРУКТУРА САХАРНОГО ДИАБЕТА В КАЗАХСТАНЕ И ЗАРУБЕЖНЫХ СТРАНАХ

В последние годы в Казахстане так и зарубежом отмечается резкий рост заболеваемости сахарным диабетом, особенно в промышленно развитых странах, где его распространенность имеет тенденцию к дальнейшему увеличению. В статье даны показатели заболеваемости и смертности за последние 10 лет по данным Всемирной организации здравоохранения.

Ключевые слова: сахарный диабет, инсулин, заболеваемость, смертность

Сахарный диабет – это заболевание, основанное на повышении содержания сахара (глюкозы) в крови. Клетки поджелудочной железы (бета-клетки) вырабатывают инсулин – гормон, который отвечает за то, чтобы глюкоза поставлялась клеткам в достаточном количестве, а если быть точнее, то служит для поглощения сахара клетками. При сахарном диабете организм получает недостаточное количество инсулина и, не смотря на повышенное содержание в крови глюкозы в крови, клетки начинают страдать от ее недостатка [1].

Инсулинозависимый сахарный диабет (диабет молодых, диабет худых). Чаще всего возникает в возрасте до 40-ка лет. Течение болезни довольно тяжело и во всех случаях требует лечения с помощью инсулина. Причина: выработка организмом антител, которые уничтожают клетки поджелудочной железы, вырабатывающие инсулин.

Диабет I типа является пожизненным заболеванием и требует постоянного ввода инсулина в организм с помощью шприца или других разработанных для этого устройств. Прием инсулина в таблетках невозможен по причине того, что он разрушается в желудочно-кишечном тракте. Инсулин должен вводиться одновременно с приемом пищи. Необходима строгая диета, из которой исключаются быстро усваиваемые углеводы (сахар, сладости, фруктовые соки, сахаросодержащие лимонады).

Инсулиннезависимый сахарный диабет (диабет пожилых, диабет тучных). Возникает после 40-ка лет, чаще всего на фоне избыточной массы тела. Причина: при избыточной массе тела клетки перегружены питательными веществами и потеряли чувствительность к инсулину. Лечение инсулином необходимо не всем больным. Лечение и дозы может назначать только высококвалифицированный специалист.

Первоначально при лечении диабета II типа назначается диета. Далее необходимо следовать рекомендациям врача. Чаще всего рекомендуется медленно снижать вес (по 2-3 кг в месяц) до нормального и поддерживать его в течение всей жизни. Если диеты недостаточно, то прибегают к сахаропонижающим таблеткам, и, в крайнем случае, к инсулину[2].

Причины диабета:

- Наследственная предрасположенность. Необходимо свести на нет все прочие факторы, влияющие на развитие сахарного диабета.
- Ожирение. Усиленно бороться с избыточным весом.

- Некоторые болезни, в результате которых происходит поражение бета-клеток, вырабатывающих инсулин. Это болезни поджелудочной железы – панкреатит, рак поджелудочной железы, заболевания других желез внутренней секреции.

- Вирусные инфекции (краснуха, ветряная оспа, эпидемический гепатит и некоторые другие заболевания, включая грипп). Эти инфекции играют роль спускового механизма для людей группы риска.

- Нервный стресс. Людям группы риска следует избегать нервного и эмоционального перенапряжения.

- Возраст. При увеличении возраста на каждые десять лет вероятность заболевания диабетом повышается в два раза.

Лечение диабета: “Это заболевание неизлечимо, однако с ним можно отлично поладить”, - примерно такие слова слышит от врача каждый новоприбывший в ряды диабетиков.

Опасными осложнениями диабета являются инсульты, инфаркты миокарда, почечная недостаточность, гангрена, слепота – и это далеко не все, к чему может привести развитие заболевания. Страшно представить, что каждые 30 секунд в мире проводится ампутация конечностей, пораженных гангреной, которая возникла вследствие прогрессирующего диабета. Катализатором осложнений может быть любой толчок, даже небольшого стресса достаточно для того, чтобы это хроническое заболевание показало своё страшное лицо. У больных сахарным диабетом, вследствие сосудистых осложнений существует угроза развития «*диабетической стопы*» (патологических изменений в стопах). Способствует этому избыточное давление на отдельные участки стопы. Своевременно выявив участки повышенного давления на подошвенной части стопы (с помощью компьютерной подометрии) можно разгрузить критические зоны, применяя специальные [ортопедические стельки](#).

К сожалению, при ежедневных инъекциях искусственного инсулина организм постепенно вырабатывает к нему антитела, и действие препарата вначале ослабевает, а затем вообще прекращается. Именно эта ситуация, а также проявление первых признаков тех или иных осложнений, является причиной для срочного перехода от заместительной терапии к экстракорпоральной гемокоррекции.

В наше время сахарный диабет приобрёл характер эпидемии. Сегодня он занимает “почетное” третье место среди причин смертности от различных заболеваний.

Жертвами сахарного диабета стали многие известные люди - Эдгар По, Эрнест Хемингуэй, Баскин Роббинс, Николай Озеров, Юрий Андропов – их жизнь и творчество были прерваны тяжелейшими осложнениями этого коварного заболевания [3,4].

По данным всемирной организации здравоохранения в последние годы наблюдается рост заболеваемости сахарным диабетом среди стран СНГ (рис1).

Наиболее высокие показатели заболеваемости сахарным диабетом наблюдается у жителей Чешской Республики (7,42 случая на 100000 населения), на втором месте Словакия (5,59), на третьем месте Латвия (3,24), четвертом Эстония (2,91), на пятом Румыния (2,83) и т.д. Казахстан занимает нижние ранговые места среди этих стран с показателем – 1,17 на 100 тыс. населения, далее Киргизия (0,61), Узбекистан (0,43), Туркменистан (0,32), Таджикистан (0,25) (рисунок 1)[5].

Распространенность сахарного диабета, в %

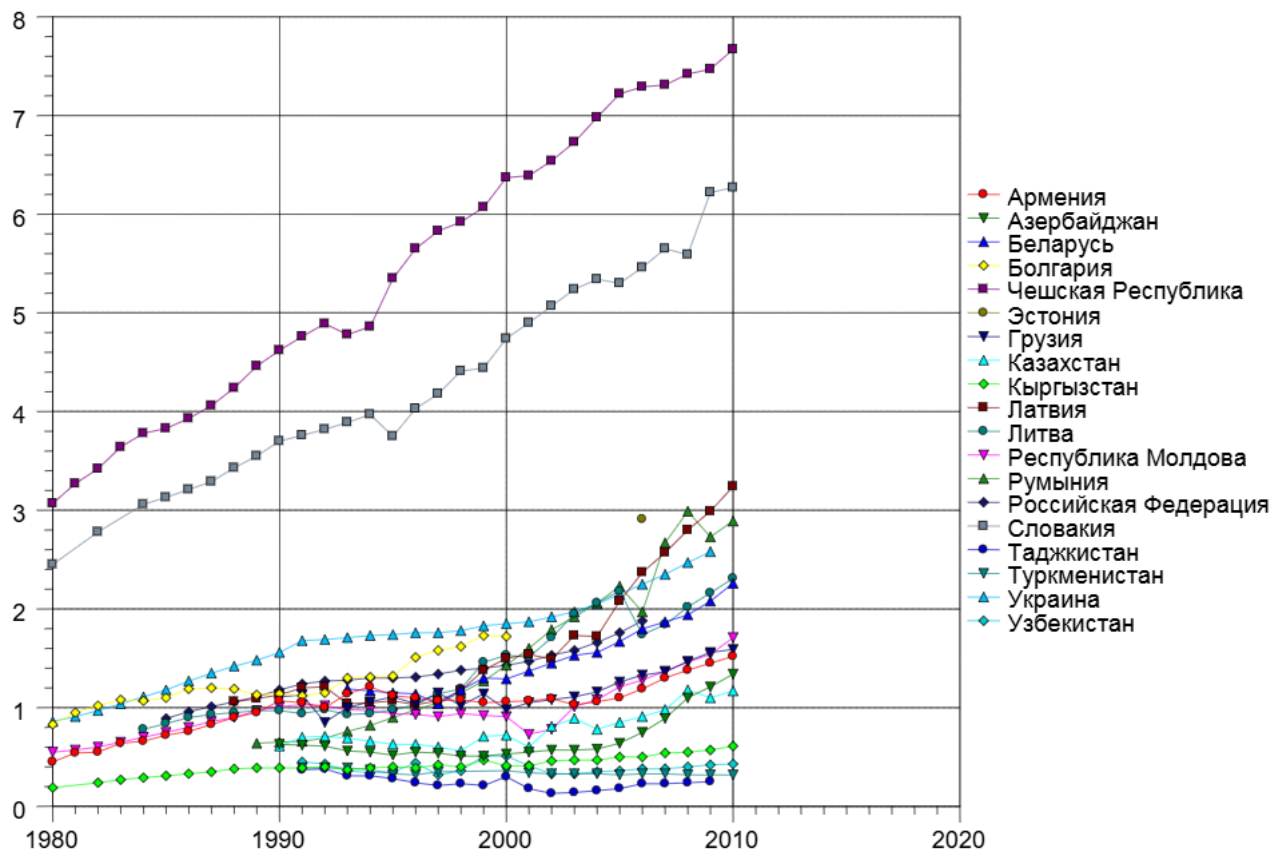


Рисунок 1 - Динамика распространенности сахарного диабета среди стран СНГ, в %.

В Казахстане за последние 10 лет наблюдается прогрессивный

рост заболеваемости сахарным диабетом (рисунок 2).



Рисунок 2 - Динамика заболеваемости сахарным диабетом в РК, %

Так, например в 2000 году показатель заболеваемости был равен 0,72 на 100тыс. населения, а в 2010 году – 1,17, что говорит об увеличении в 1,6 раз, хотя

смертность от сахарного диабета, снизилась от 13,16 на 100тыс.нас. в 2000 г. до 9,67 случая в 2010 г (рис. 3)[6].



Рисунок 3 - Динамика смертности сахарным диабетом в РК, %

Таким образом, в последние годы как в Казахстане так и зарубежом отмечается резкий рост заболеваемости сахарным диабетом, особенно в промышленно развитых странах, где его распространенность составляет 5-6% и имеет тенденцию к дальнейшему увеличению, в первую

очередь в возрастных группах старше 40 лет. Каждые 10-15 лет число больных сахарным диабетом удваивается. Это происходит в основном за счет прироста больных, страдающих сахарным диабетом 2 типа, на долю приходится около 6-7% общей популяции.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Анциферов М.Б., Суркова Е.В. Книга для больных сахарным диабетом 2 типа, не получающих инсулина. - М.: 2002.
- 2 Балаболкин М.И. Сахарный диабет. - М.: Медицина. - 1996.
- 3 Дедов И.И., Балаболкин М.И., Мамаев Г.Г. Сахарный диабет: ангиопатии и окислительный процесс.- Пособие для врачей. - М.: 2004.
- 4 Древаль А.В., Мисникова И.В., Редькин Ю.А. и соавт. Эпидемиологическое обследование популяции больных инсулиннезависимым сахарным диабетом в регионах Московской области.// Проблемы эндокринологии. - 1999. - №3. - С.3-11.
- 5 Европейская база данных регионального бюро ВОЗ.
- 6 Статистический сборник «Здоровье населения РК и деятельность организаций здравоохранения в 2011 году». - Астана: 2012 г.

Н. САБИРОВА

ҚАЗАҚСТАНДА ЖӘНЕ ШЕТ ЕЛДЕРІНДЕГІ ҚАНТ ДИАБЕТІ АУРУШЫЛДЫҒЫНЫҢ ДЕҢГЕЙІ МЕН ҚҰРЫЛЫМЫ.

Түйін: Соңғы кездері Қазақстанда және шет мемлекеттерде қант диабетінің аурушылдығының деңгейі өсуде, әсіресе өндірісі дамыған елдерде. Мақалада дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының мәліметтері бойынша, соңғы 10 жыл ішіндегі қант диабеті аурушылдығының және өлім көрсеткіштері берілген.

Түйінді сөздер: қант диабеті, инсулин, аурушылдық, өлім-жітім

N. SABIROVA

LEVEL AND STRUCTURE OF DIABETES MELLITUS IN KAZAKHSTAN AND AFTER BORDER COUNTRIES

Resume: Last years in Kazakhstan so зарубежом is marked sharp height of morbidity by a diabetes mellitus, especially in the industrially developed countries, where his prevalence has a tendency to the further increase. In the article the indexes of morbidity and death rate are given for the last 10 from data of Worldwide organization of health protection.

Keywords: diabetes mellitus, insulin, morbidity, death rate.

РАЗДЕЛ 2. ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ОБУЧЕНИЯ CHAPTER 2. INNOVATIVE TEACHING METHODS

УДК 616 – 053.2:378.147/.149

Б.Х. ХАБИЖАНОВ, С.К. КУРМАНБЕКОВА, Г.М. КАНАГАТОВА,
Р.П. ЛОБАНОВА, Л.К. ХИТУОВА, С.Е. КАЙНАЗАРОВА

Казахский национальный медицинский университет им.С.Д.Асфендиярова, Алматы

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МОДЕЛИ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В УНИВЕРСИТЕТЕ

В статье приводятся материалы по совершенствованию модели педиатрического образования в университете с целью подготовки квалифицированных специалистов. Применение активных методов обучения в медицинском вузе приближают обучающегося к реальной профессиональной деятельности, что объективно отражается на активности студентов в учебе, повышении уровня их оценок и рейтинга.

Ключевые слова: модель образования, интерактивные методы обучения, интегрированное ведение больных детского возраста

Творческое внедрение новой системы образования логично формирует специфику преподавания и педиатрии как самостоятельного раздела медицины и здравоохранения.

Внедрение принципов Болонской декларации предполагает организацию образования с учетом динамики приоритетов здравоохранения, национальных менталитетов обучающихся, возрастных особенностей детей и др [1].

В 2011-2012 уч.году мы работали над формированием модели педиатрического образования на уровне бакалавриата. Теперь же в 2012-13 учебном году университет, обеспечив выпуск бакалавров, одновременно приступил к обучению их на этапе интернатуры.

Модель педиатрического образования в университете формируется на функционирующей исправно деятельности учебного департамента и комитета по образовательным программам. В этом направлении разработаны интегрированные образовательные программы, составлены ТУПы, на кафедрах занятия проводятся инновационными и интерактивными методами [2,3].

Специфика же преподавания дисциплины в поликлинике определяется профилактическим направлением педиатрии на современном этапе, а в стационаре – демонстрацией высокоспециализированных лечебно-диагностических технологий; далее - на задачах трехязычного обучения, в котором основная масса студентов должна и обучается на казахском языке. Все это предполагает необходимость оптимально преломления преподавания когнитивного и операционального звеньев компетентностно-ориентированного обучения.

Практическая реализация модели педиатрического образования в университете осуществляется:

✘ углубленной подачей студентам 4 курса ОМ знаний об этиопатогенезе, диагностике и лечении заболеваний, что должно облегчить интернамент обучение на 6-7 курсах;

✘ учетом менталитета и образа мышления студентов из сельских местностей и обучающихся на казахском языке. В этом плане для оптимизации усвоения большого объема информации о заболеваниях применяются эквиваленты с народных пословиц и

поговорок в форме эпитета для каждой темы в соответствии с ее содержанием;

✘ обучением умениям и навыкам ведения детей на амбулаторно-поликлиническом этапе с учетом профилактической направленности современной педиатрии (организация наблюдения, активов, вакцинации, ухода, питания, диспансеризации и т.д.

Обучение на этапе интернатуры наряду с установками типовой программы предполагает также специфику преподавания с учетом выше указанных моментов и логично будет зависеть от того, какие будут группы интернов: врачи общей практики (ВОП) или педиатры, а также в зависимости от курсов: госпитальной или амбулаторно-поликлинической формы обучения.

Накопившийся небольшой опыт преподавания операциональных навыков по педиатрии для ВОП показал важность воспитания у интернов умения по назначению и контролю за питанием, вакцинацией, диспансеризацией и выполнением связанных с ними процедур и мануальных навыков. В этом направлении немало позитивного вносят программы ВОЗ по интегрированному ведению болезней детского возраста (ИВБДВ). Стратегия ИВБДВ объединяет в себе улучшенное ведение болезней детского возраста с вопросами питания, иммунизации и другими важными факторами, влияющими на здоровье ребенка, например, здоровья матери. Целью внедрения стратегии ИВБДВ является целенаправленное снижение детской смертности и заболеваемости. В этих программах импонирует пошаговая оценка состояния больного ребенка с ОКИ и ОРИ, возможность обучения некоторых матерей (молодых, неопытных) способам кормления, обработки кожи, среднего уха, горла, ротовой полости, технике дачи лекарств, нанесения мазей и т.д. и, в особенности, в заключении совет матери – «Когда Обратиться Вновь к медицинскому работнику».

Вместе с тем, в программах ВОЗ, на наш взгляд, есть моменты, нуждающиеся в коррекции или дополнении: например, при инфекции дыхательных путей, особенно при нарастании кашля, одышки, лихорадки необходимо проводить непредусмотренное в программах ИВБДВ рентгенологическое исследование органов грудной клетки, которое даст четкую информацию о наличии диагноза пневмонии и др. состояний.

Следует отметить, что обучение и тесный контакт с работниками детских поликлиник и СВА дает много возможностей интернам освоить необходимые манипуляции и навыки. Одновременно активное посещение больных детей из группы риска на дому обеспечивает благоприятные возможности воспитания и развития коммуникативных навыков.

Конечно, еще предстоит немало работы по совершенствованию преподавания предмета на этапе интернатуры. Нам представляется, что недостаточно дается часов на освоение знаний о здоровом ребенке и общей патологии детского возраста. Предстоит отработка методик общения с ребенком каждого возраста от 0 до 15 лет; воспитания искусства войти в доверие ребенка и его родителей.

Следует также отметить, что далеко не полностью отработана система и методика саморазвития студентов,

где находится целый пласт специфики повышения уровня развития студента, методологии, воспитания качества и умения непрерывного образования, воспитание потребности и мотивации о необходимости совершенствования, как в личностном, так и профессиональном направлении. Эта же компетенция сочетается с весьма сложной работой воспитания интерна как врача, гражданина, личности, формирования мировоззрения, включая воспитание качеств самостоятельности, ответственности и востребованности в обществе.

В настоящее время студенты и интерны ОМ достаточно обеспечены учебными и методическими материалами, разработанными и подготовленными ректоратом и кафедрами нашего университета, которые соответствуют стандартам современного этапа обучения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 А.Аканов, О.Мирзабеков и др. «Болонский процесс – путь КазНМУ в общеевропейское образовательное пространство». – Алматы: 2010. - 112 с.
- 2 С.Сарсенбаева, Ш.Рамазанова, Н. Баймаханова. «Медициналық жоғарғы оқу орындарындағы белсенді оқыту әдістері» (оқу құралы). – Алматы: 2011. - 44 б.
- 3 Е.Дадамбаев. «Амбулаторлық-емханалық педиатрия». – Алматы: 2010. - 310 б.

**Б.Х.ХАБИЖАНОВ, С.Қ.ҚҰРМАНБЕКОВА, Р.П.ЛОБАНОВА, Л.К.ХИТУОВА, С.Е. ҚАЙНАЗАРОВА,
Г.М. ҚАНАҒАТОВА**

УНИВЕРСИТЕТТЕ ПЕДИАТРИЯЛЫҚ БІЛІМ БЕРУДІ ЖЕТІЛДІРУ

Түйін: Мақалада университетте педиатрия пәнін оқытудың моделін жетілдіру амалдары көрсетілген, оның түпкі мақсаты білікті, мамандар даярлауға бағытталған. Жоғары оқу орындарындағы белсенді оқыту әдістері білім алушыны маман болып шығуына шынайы түрде жақындатады және студенттердің оқуға белсенділігін, олардың бағасы мен рейтингтерінің жоғарылауымен байқалады.

Түйінді сөздер: білім беру моделі, оқытудың интербелсенді әдістері, бала жасындағы ауруларды интегративті жүргізу.

**B.KH.KHABIZHANOV, S.K.KURMANBEKOVA, R.P.LOBANOVA, L.K.KHITUOVA, S.E. KAINAZAROVA,
G.M. KANAGATOVA**

IMPROVEMENT OF MODEL OF PEDIATRIC EDUCATION AT UNIVERSITY

Resume: Materials of improvement of model of pediatric education at university are in given the article for the purposes of to prepare qualified experts. Appliment of active methods of training in medical university approach students to be trained tu real professional activity which reflects the activity of the studing process to increase their level, estimations and rating.

Keywords: education model, interactive teaching methods, the integrated maintaining patients of children's age

Р.Ш. ИЗБАСАРОВА, А.Ш. ИЗБАСАРОВА
КазНПУ им.Абая, г.Алматы
КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова, г.Алматы

ВОПРОСЫ ПРОФИЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ ОБУЧАЮЩИХСЯ ОРИЕНТИРОВАННОЙ НА МЕДИЦИНСКИЕ СПЕЦИАЛЬНОСТИ

В статье рассматриваются основные вопросы профильной подготовки обучающихся, ориентированной на медицинские и биологические специальности. Компонентами профильного обучения являются профессиональное просвещение и воспитание. Формами подготовки обучающихся можно считать профессиональную консультацию и занятия, на которых даются профильные знания, умения и навыки по медицине. Рассмотрены темы по разделам «Человек и его здоровье» и «Общая биология» на предмет реализации профильного обучения.

Ключевые слова: медицинские и биологические специальности; профильное медицинское обучение, профессиональное просвещение и воспитание, медицинские профессии

Актуальность. Актуальность изучения профильной подготовки обучающихся по медицинским специальностям обусловлена особенностями современного этапа развития медицины и биологической науки, появлениями новых профессий и специальностей. Возросшие требования общества к уровню профессиональной подготовленности кадров требуют от выпускников школ особой ответственности и осознанности при выборе будущей профессии. Правильно выбранная область профессиональной деятельности способствует формированию гармоничной личности, реализации ее творческого потенциала, а также процессу социальной адаптации. В формировании профессиональных намерений обучающихся важная роль отводится профильной подготовке как целенаправленной деятельности по оказанию помощи в профессиональном самоопределении в соответствии с личными склонностями, интересами, способностями и одновременно с социальными потребностями.

К факторам, влияющим на эффективность применения методики профильной подготовки, относят следующие:

- социальные потребности в специалистах медицинского профиля;
- особенности содержания тем разделов «Человек и его здоровье», «Общая биология»;
- возрастные психофизиологические особенности старшеклассников;
- многообразие и специфика профессий в области медицины и биологии;
- многообразие и специфика форм и методов обучения биологии [1].

Содержание ряда тем раздела «Человек и его здоровье» может быть использовано с целью формирования профильных знаний и умений. В данном случае имеется возможность познакомить учащихся с различными профессиями в области медицины (например, бакалавра, врача невролога, хирурга, акушера-гинеколога, врача общей практики, врача-лаборанта, генетика), научить их приемам оказания медицинской помощи, которые впоследствии могут быть использованы не только в повседневной жизни, но и стать элементами профессиональной деятельности (например, наложение шины, измерение кровяного давления, овладение методами наложения повязок, применяемые при чрезвычайных ситуациях).

Раздел «Общая биология» является заключительным и интегративным в курсе школьной биологии. Он содержит основы знаний по цитологии, биохимии, экологии,

генетики, селекции, эволюции, что дает возможность ориентировать школьников на профессии и специальности, связанные с данными науками. Например, специальности медицинского эколога, цитолога, врача-биохимика, инженера по медицинской и биологической физике и кибернетике.

Приобретенные в процессе профилизации знания и умения демонстрируют прикладной характер биологических наук, развивают интерес к биологии, и, следовательно, стимулируют старшеклассников к получению более глубоких знаний. И наконец, безусловно, важным результатом данной работы при обучении биологии в старших классах должно стать формирование у школьников положительного отношения к трудовой деятельности.

Однако учитель не должен преследовать цель ориентации всех учеников на выбор только биологических, медицинских или родственных с ними специальностей. Важно побудить каждого школьника задуматься о будущей профессии, научить его ориентироваться в мире профессий.

Целями биологического образования являются формирование у школьников научного мировоззрения, системы основных биологических знаний и умений, а также прикладного, практического значения биологии.

Исходя, из вышесказанного вытекает, что задачами профильного обучения при изучении разделов «Человек и его здоровье» и «Общая биология» являются:

- формирование у школьников системы биологических и медицинских знаний, являющихся основой профессиональных знаний;
- знакомство учащихся с основными профессиями, связанными с медициной и биологией;
- развитие у старшеклассников интереса к биологии как к школьному предмету и области профессиональной деятельности;
- формирование практических и элементарных профессиональных умений и навыков;
- развитие положительного отношения к труду путем раскрытия практической и социальной значимости профессий в области биологии.

Опираясь на задачи профильной подготовки при обучении биологии и учитывая действие факторов, обеспечивающих ее результативность, можно определить содержательные компоненты профилизации. К ним относятся профессиональное просвещение и профессиональное воспитание. Рассмотрим более подробно эти два компонента.

Профессиональное просвещение при изучении биологии — один из самых главных содержательных компонентов. Он подразумевает сообщение учащимся сведений о различных профессиях в области медицины и биологии, их особенностях, значении для общества; о потребностях в кадрах и условиях профессиональной деятельности; о требованиях, предъявляемых профессией к психофизиологическим качествам личности; о способах и путях приобретения профессий.

К профессиональному просвещению также относится работа по вооружению школьников элементарными профессиональными умениями и навыками, а также по развитию и углублению познавательных и профессиональных интересов учащихся. Устойчивый интерес учащихся к биологии может оказывать влияние на выбор профессии. Вместе с тем устойчивый интерес к профессии может положительно влиять на развитие познавательного интереса к биологии, что, в свою очередь, будет способствовать повышению качества знаний школьников и их общей образованности. В процессе профессионального просвещения реализуется содержание двух взаимосвязанных, одинаково значимых прогностических блоков. Первый блок базируется на информации, призванной развивать познавательный и профессиональный интерес к биологии. Второй основан на сведениях о различных профессиях в области медицины и биологии.

Неотъемлемая часть профессиональной ориентации — профессиональное воспитание. Ведь правильно выбрать профессию может только личность, способная к воспитанию у себя необходимых качеств и к преодолению при этом определенных трудностей.

Целью профессионального воспитания является формирование личности будущего специалиста, отвечающего требованиям современных социально-экономических и производственно-технических условий, а также обладающего высокими профессиональными и нравственными качествами.

Профессиональное воспитание — часть целостного образовательного процесса, поэтому оно включает элементы биологических знаний, профессиональной подготовки, умственного развития, трудового, нравственного, эстетического, экологического и гигиенического аспектов воспитания школьников.

Другое важное звено профильной деятельности является профессиональная консультация. Ее задача — оказание действенной помощи учащимся в профессиональном самоопределении.

Здесь подразумевается более глубокое информирование учащихся о профессиях, связанных с медициной и биологией, а также изучение профессионально значимых качеств личности, которые позволяют сделать целенаправленный и осознанный выбор профессий и специальностей. Профессиональное консультирование призвано оказывать информационную помощь. И период предпрофильной подготовки консультирование носит развивающий характер (школьники получают информацию о различных профессиях и особенностях профессиональной деятельности) [2].

В старших профильных классах профессиональная консультация приобретает рекомендательный характер и решает такие важные задачи, как определение психологической готовности личности к овладению профессией, снабжение школьников справочной информацией о характере труда, возможностях получения профессионального образования, сопоставлении данных о состоянии здоровья с требованиями к выбираемой профессии. Консультации проводят в форме индивидуальных или групповых бесед учителя с учащимися. В содержание профориентационной работы при изучении разделов «Человек и его здоровье», «Общая биология» целесообразно включать элементы профессиональной адаптации. Эта работа направлена на получение старшеклассниками биологических знаний, необходимых в будущей профессиональной деятельности. Чем глубже уровень биологических знаний и выше сформированность практических умений, являющихся основой профессиональных умений, тем быстрее будет проходить процесс адаптации к профессиональному обучению и трудовой деятельности. Все содержательные компоненты профильного образования связаны между собой и взаимообусловлены.

Для достижения целей профилизации в процессе изучения биологии условно можно выделить следующие группы методов:

- методы развития интереса к биологии как к области практической деятельности людей;
- методы ознакомления с профессиями, связанными с медициной и биологией;
- методы вооружения элементарными профессиональными умениями.

Рассмотрим более подробно возможности содержания разделов «Человек и его здоровье» и «Общая биология» в вопросах профильной подготовки учащихся медицинским профессиям.

Одним из основных условий, влияющих на эффективность профильного обучения является учет особенностей их содержания, позволяющий определить место включения, характер и выбор методов профессиональной ориентации.

Таблица 1 – Содержание тем с медицинскими и биологическими знаниями курса «Человек и его здоровье»

Учебная тема	Собственно профильные знания	Знание, влияющие на развитие интереса к биологии как к области практической деятельности людей	Профессиональные умения

Введение. Общий обзор организма человека	Профессии врача, мед.сестры. Черты сходства и различия в содержании труда, уровне подготовки. Врач- эндокринолог. Врач-невропатолог. Провизор. Фармацевт.	Значение биологических знаний для развития медицины. Факты из биографий выдающихся врачей как образцы профессионального становления личности	Ознакомление с методами компьютерной диагностики заболеваний (программы Doctor и MedBook)
Опорно-двигательная система	Спортивный врач. Специалист по адаптивной медицине. Врач-физиотерапевт. Массажист.	Проблема биологических резервов человеческого организма в спорте. Анатоми- физиологические основы физической культуры и спорта	Приемы оказания первой мед.помощи при травмах. Определение нарушений осанки, плоскостопия. Разработка комплекса физических упражнений, препятствующих возникновению заболеваний опорно- двигательной системы
Кровь и кровообращение	Врач-гематолог. Врач-кардиолог. Врач-кардиохирург. Операционная медсестра. Врач-инфекционист. Фельдшер-лаборант.	Современные достижения кардиологии и сосудистой хирургии, гематологии, трансфузиологии и трансплантации. История открытия групп крови. Новые методы диагностики и лечения заболеваний крови и сердца. Профессиональное мастерство выдающихся кардиологов, иммунологов. Перспективы развития иммунологии	Навыки работы с препаратами крови. Измерение кровяного давления. Подсчет пульса. Приемы оказания первой мед.помощи при кровотечениях.
Дыхание	Врач-пульмонолог. Врач- фтизиатр. Врач-эколог. Санитарный врач. Помощник санитарного врача. Рентген- лаборант	Перспективы экологии как области практической деятельности	Экологический мониторинг школьного помещения
Пищеварение	Врач-стоматолог. Зубной техник. Гигиенист стомато- логический. Врач- гастроэнтеролог.	Современные достижения биологии и медицины в области стоматологии и гастроэнтерологии. Профессиональный и научный поиск И. П. Павлова	
Обмен веществ и энергии. Выделение	Врач-эндокринолог. Врач-уролог. Врач-нефролог. Врач-диетолог. Диетмедсестра	Современные методы лечения заболевания почек	Составление рациона питания

Кожа	Врач-дерматолог. Косметолог.	Биологические основы трансплантации кожи	Анализ состояния кожных покровов человека. Первая медицинская помощь при ожогах, тепловых ударах, обморожениях
Железы внутренней секреции	Врач-эндокринолог	Современные способы получения и производства гормональных препаратов	Определение эндокринных нарушений по внешним признакам
Нервная система. Органы чувств. Высшая нервная деятельность	Врач-невропатолог. Врач-окулист. Врач-отоларинголог. Врач-психиатр. Врач-нарколог. Психолог. Медицинский оптик	Современные методы диагностики и лечения заболеваний нервной системы и органов чувств. Биологические основы психологических функций. Психофизиология трудовой деятельности. Роль И. М. Сечнова в создании учения о ВНД	Определение типа нервной системы школьника. Изучение индивидуальных особенностей памяти, внимания, наблюдательности
Размножение и развитие	Врач-педиатр. Врач-акушер. Акушерка.	Методы определения нарушений эмбрионального развития плода	Правила ухода за новорожденными

Таблица 2 - Содержание тем с медицинскими и биологическими знаниями курса «Общая биология»

Учебная тема	Собственно Профориентационные знания	Знания, влияющие на развитие интереса к биологии как к области практической деятельности людей	Профессиональные умения
Введение	Профессии в области биологии	Значение развития биологических наук для сельского хозяйства, гигиены, медицины, экологии	
Эволюционное учение	Палеонтолог	Факты биографии и научные открытия известных эволюционистов	
Происхождение человека	Антрополог. Этнограф	Предмет и значение антропологии	
Основы экологии	Эколог. Инженерные экологические специальности. Лаборант-эколог. Лаборант-эколог. Аппаратчик со знанием промышленной экологии.	Достижения и перспективы развития экологии. Профессиональное становление и научные открытия экологов	Элементы экологического исследования воды, школьного помещения, жилища. Экологическое моделирование
Основы учения о биосфере	Космическая медицина	Глобальные экологические проблемы современности	

Основы цитологии	Цитолог. Биохимик, врач-биохимик. Судебно-медицинский эксперт. Вирусолог, врач-инфекционист. Микробиолог. Биофизик. Судебно-медицинский эксперт	История становления клеточной теории. Краткие сведения об истории открытия органоидов клетки. Изучение вируса иммунодефицита в целях создания эффективных лекарственных препаратов	Работа с микроскопом
Размножение и индивидуальное развитие организмов	Эмбриолог. Сексолог. Акушер	Значение развития эмбриологии для медицины	Работа с микроскопом
Основы генетики	Генетик. Специалист по медицинской генетике	Сведения об истории генетических открытий. Современные методы диагностики и лечения наследственных заболеваний	Решение задач по медицинской генетике. Составление генеалогической таблицы

Обсуждение.

Все содержательное многообразие знаний и умений профильного характера условно можно сгруппировать в три блока.

В первый блок включены знания о профессиях, связанных с медициной и биологией (собственно профильные знания), а также сведения о необходимых индивидуально-психологических качествах личности, о специфике системы подготовки кадров.

Второй блок объединяет знания, влияющие на развитие интереса к биологии как к области практической деятельности людей. Например, знания о современных достижениях биологических и смежных наук, перспективах их развития, фактах из истории научных открытий, о биографиях и этапах профессионального становления выдающихся ученых-биологов и врачей.

Третий блок включает практические и профессиональные умения в медицине и биологии [3].

Таким образом, содержание профильного образования представляет собой совокупность профессионально-

значимых и ценностных ориентаций личности, сформированных в результате закономерно организованного педагогического процесса, ориентированного на конечный результат. И существующая общая структура содержания профессионального образования требует изменения в качественной профессиональной направленности молодежи.

В связи с этим, возникает потребность в совершенствовании профильного обучения обучающихся, адекватной современным требованиям, ориентированным на компетентность специалиста, предполагающей не только другое содержание образования, но и новую организацию процесса получения знаний, подготовки и повышения их квалификации. Только таким образом в медицинские вузы будут поступать подготовленные и ориентированные на профессию абитуриенты, что в целом скажется на качестве медицинского образования и квалификации медицинских работников.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Беспалько В.П. Слагаемые педагогической технологии. – М.: Педагогика, - 1989. 257с..
- 2 Кларин М.В. Инновации в обучении: метафоры и модели: Анализ зарубежного опыта. – М.: Наука, - 1997. 340с.
- 3 Избасарова Р.Ш., Жумагулова К.А., Амиргалина Н. Формирование компетенций будущих учителей биологии на основе профильного обучения - //Известия вузов. -№3. – Бишкек: 2012. - С. 279-281.

Р.Ш. ИЗБАСАРОВА, А.Ш. ИЗБАСАРОВА

ОҚУШЫЛАРДЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ МАМАНДЫҒЫНА АРНАЙЫ БАҒЫТПЕН ОҚЫТУ МӘСЕЛЕСІ

Түйін: Осы мақалада медициналық және биологиялық маман таңдаушыларға арналған маңызды сұрақтар қарастырылған. Арнайы бағытпен оқудың сыңары болып тәрбие мен білім беру есептеледі. Профессияналдық кеңестер мен білім сабақтарда дайындалу түрінде берілу қажет. Биология тарауында «Адам және оның денсаулығы», «Жалпы биология» тақырыптары қарастырылды.

Түйінді сөздер: дәрігерлік және биологиялық мамандықтар, профилді дәрігерлік үйрену дағдырлар, кәсіби және тәрбие білім беру, дәрігерлік мамандықтар.

R.SH. IZBASSAROVA, A.SH. IZBASSAROVA

QUESTIONS PROFILED A LEARNER-ORIENTED MEDICAL SPECIALTIES

Resume: The paper addresses the main issues of profile training of students focused on medical and biological specialties. Components of school education is vocational education and training. Forms of training of students can be considered professional advice and training, which are given by specialized knowledge and skills in medicine. Topics discussed in the section "Man and his health" and "General Biology" for the implementation of school education.

Keywords: medical and biological specialties, specialized medical training, vocational education and training, health professions.

УДК 81.27:159.9:316.334 (574)

**Қ.Т. САРСЕМБАЕВ М.Ғ.Д., ПРОФЕССОР, З.М. ӨСКЕНБАЙ, АССИСТЕНТ, А.А. АШИМОВ,
АССИСТЕНТ, С.А. АҚНАЗАРОВ**

Алматы қаласы, С.Ж. Асфендияров атындағы

Қазақ Ұлттық медицина Университеті, психиатрия, психотерапия және наркология кафедрасы

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ЖҮЙЕСİNДЕГІ ҚАЗАҚ ТІЛІНІҢ ЖАҒДАЙЫ ҚАШАН ТҮЗЕЛЕДІ?

Қазақ сөздерінің жазылуы мен айтылуының арасында жер мен көктей айырмашылық бар екенін көптеген ғалымдар айтып та, жазып та жүр. Қазақ тілінің дыбысталу заңдылығына икемделмегендіктен, медициналық сөздерді аударғанда немесе оларға қосымша жалғауда ала-құлалық кездесіп жүргені сол себепті.

Сондықтан, медицина саласында ұлттық ғылыми атауларды реттеу біздің болашақ мамандарымызды қазақ тілінде оқытып, қазақша жазуға бейімдеуде көптеген жеңілдіктер әкеледі. Себебі, соңғы кезде қазақ халқының саны көбейіп, табиғи сұранысының ұлғаюына байланысты қазақ жастарының, қиындығына қарамастан, медицина ғылымына деген қызығушылығы байқалады. Сол себепті бұл мәселенің маңыздылығы жоғары.

Қазақ Ұлттық академиясының академигі А.Рақышевтің 2009 жылғы 3-ші желтоқсанда өткен «Медицина білімі-мемлекеттік тіл аясында» атты республикалық ғылыми-практикалық конференциясының пленарлық мәжілісінде баяндағанындай «...нағыз оқулықтар ең білікті деген оқытушылардың көп жылдық еңбегі мен тынымсыз ізденісінің нәтижесінде пайда болады. Сол себепті оқулық дәріскердің әрбір тақырып туралы оқыған-тоқыған, қорытқан, түйген ой-тұжырымының толық және ықшам түріндегі көрінісі ретінде оқырманға ойға жеңіл, жүрекке жылы, түсінікті тілде жеткізілсе нұр үстіне нұр болар еді, Себебі, оқулықтарға қарап, оны жазған адамның біліктілік деңгейін және жалпы сол саладағы білім жүйесін қаншалықты меңгергенін шамалауға болады». [1].

Кейінгі кезде қазақ тілінде шығып жатқан оқулықтар мен оқу құралдарында үйлесімсіз ұғымдар, құлаққа қонымсыз атаулар, белгілі терминдер мен түсініктердің әр алуан түрде айтылулары сияқты олқылықтар олардың қазақ тілінде жазылғандығынан емес, орыс тілінде жазылғандарды сөзбе-сөз аударғандықтан деп ойлаймыз, Сондықтан кейбір сөздердің мағынасы түсініксіз, оқыған адам шатасатындай болып шығады. Осыған орай, соңғы жылдары С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университетінде термин жасау мәселесімен шұғылданатын, әрі ғылыми-зерттеу жұмыстарын жүргізетін Медициналық термин орталығында белгілі оқымысты-медикистердің қатысуымен теориялық және клиникалық пәндердің орысша-қазақша терминдерінің компьютерлік қоры жинақталған.[1].

1995 жылғы 30 тамыздағы Қазақстан Республикасы Конституциясының 7 - бабында «Қазақстан Республикасында мемлекеттік тіл – қазақ тілі» деп атап көрсетілген. Сол Конституцияға сүйене отырып, 1997 жылдың 11 шілдесінде қабылданған № 151-1 «Қазақстан Республикасындағы тілдер туралы» Заңның 4- бабында: «Мемлекеттік тіл – мемлекеттің бүкіл аумағында

қоғамдық қатынастардың барлық саласында қолданылатын мемлекеттік басқару, заң шығару, сот ісін жүргізу және іс қағаздарын жүргізу тілі. Қазақстан халқын топтастырудың аса маңызды факторы болып табылатын мемлекеттік тілді меңгеру – Қазақстан Республикасының әрбір азаматының парызы. Үкімет, өзге де мемлекеттік, жергілікті өкілетті және атқарушы органдар Қазақстан Республикасында мемлекеттік тілді барынша дамытуға, оның халықаралық беделін нығайтуға, Қазақстан Республикасының барша азаматтарының мемлекеттік тілді еркін және тегін меңгеруіне қажетті барлық ұйымдастырушылық, материалдық - техникалық жағдайларды жасауға, қазақ диаспорасына ана тілін сақтауы және дамытуы үшін көмек көрсетуге міндетті» деп көрсетілген [2].

Осыларға сүйене отырып және Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2003 жылғы 9 сәуіріндегі «Үкіметтің 2010 жылға дейін мемлекеттік тілді мекемелерде енгізу және қалыптастыру бағдарламасы туралы» қаулысы күшіне енгеннен бастап, барлық оқу сатылары қазақ тілінде жүргізіліп, нәтижесінде мамандар қазақ тілінде іс жүргізуге дайын болып шығып келеді. Бірақ, бүгінгі күні тәжірибелік денсаулық сақтау жүйесіндегі емдеу мекемелерінде іс жүргізу әлі де орыс тілінде жүргізілетіндіктен оқудың барлық белестерін қазақ тілінде өткен дәрігерлер дипломын алғанымен, маман ретінде қазіргі уақытта сұраныссыз қалып отыр. Мемлекеттің бұл бағытта көп жылдар бойы жұмсаған қаншама қаржысы, орта және жоғарғы оқу орындарының жоғары мамандандырылған профессорлық – оқытушылар құрамының осы жылдар бойы төккен тері, дайындалған мамандардың жігері босқа кетеді. Бәрінен де жас мамандардың тағдыры, олардың ана тілінің болашағына деген сенімі, халқымыздың денсаулығын қорғауға берген антының құнының жоғалуы мен жұмыс істеуге деген ықыласының жойылуы қиын болып тұр. Себебі, көбінде емдеу мекемелерінің басшылары өздері қазақ тілін жетік меңгермегендіктен тіл мәселесіне ат үсті қарайды. Мұндай көзқарас қазақ тілінің тәжірибелік денсаулық сақтау жүйесіне ойдағыдай енуіне көп кедергі жасайды. Бұл мәселенің маңыздылығын дұрыс түсінбегендіктен емдеу мекемелерінде қазақ тілін заңға сәйкес енгізу тек науқаншылыққа алып келеді.

Қазақстан Республикасының барлық медициналық және емдеу мекемелері мен денсаулық сақтау жүйесінің 2003-2010 жылдары іс жүргізу мен медициналық құжаттарды міндетті түрде қазақ тілінде жүргізілуі туралы Үкіметтің жоғарыда көрсетілген қаулысына қарамай, жергілікті денсаулық сақтау жүйесі оған дайын емес екендігін көрсетті. Шындығын айту керек, кейбір емдеу мекемелерінде ғана медициналық құжаттар қазақ тілінде жүргізіледі. Бірақ, бұл формальді түрде ғана. Өйткені, бұл үрдіс әдістемелік құралдарды өңдеу,

арнайы медициналық терминология, қазіргі нанотехнологиялардың ғылыми қорытындыларымен бірге жүрмейді және аймақтық сипатта ғана болады. Кеңестер одағы кезінен бері келе жатқан қазақ тіліне деген «шовинистік» көзқарастың салдары қазіргі кезге дейін сезіліп келеді. «Балық басынан шіриді» дейді халық. Жоғарыда айтылған заңның қабылданғанына 15 жылдан астам уақыт өтсе де, үлкенді-кішілі басшылардың қазақшасы мардымсыз болғандықтан, өмірде оны қолдана алмай келеді. Бірінші кезекте үкімет басында отырғандар мен халықтың қамын жейтін парламент мүшелері қазақша сөйлеп, басқалардан да соны талап етсе, сөз бен істің алшақтығы болмас еді. Қазіргі үкімет басшысының аяқ алысы жаман емес, мүмкін енді қазақ тілінің бағы жанар. Елбасымыз Н.Ә.Назарбаевтың 2012 жылдың 14 желтоқсанында Қазақстан халқына арнаған жолдауындағы - 2025 жылға қарай қазақ тілі өмірдің барлық саласында үстемдік етіп, кез келген ортада күнделікті қатынас және жаппай қолданыс тіліне айналу үшін «қазақ қазақпен қазақша сөйлессін» деген сөзі жерде қалмау керек. Сол жерде тілге деген көзқарас - елге деген көзқарас екендігі даусыз, сондықтан оған бей-жай қарамай, ұлттық мүддеге қызмет ету үшін әркім өзгені емес, алдымен өзін қамшылауы керек екендігін де еске салып өтті [3]. Үкіметтің өмірлік маңызы бар және қажетті шешімін іске асыру үшін бұл мәселеге формальді емес, радикалді

және ғылыми әдістемелік түрінде қарау қажет. Науқаншылықтан арыла отырып, әр емдеу мекемелерінде және барлық оқу орындарында медициналық құжаттарды таза қазақ тілінде жүргізу керек. Немесе бір бөлімшеге қазақ тілін жетік білетін мамандарды шоғырландырса олардың жұмысы алға басар еді. Бұл мамандарға, қызметкерлерге мемлекеттік тілді меңгергені үшін қосымша төлемақы тағайындаса олардың қызығушылығы да артар еді [4,5].

Бастапқы белестерде мұндай бөлімшелерді медициналық колледждер мен жоғарғы оқу орындарының клиникалық базаларында ашқан орынды. Бұл ғылыми анализ және тәжірибелік денсаулық сақтау жүйесіне қазақ тілін енгізу үрдісін негіздеуге, медициналық терминологияны, әдістемелік нұсқауларды өңдеуге қажет. Ол үшін жоғарғы оқу орындарының бағытталған (профильді) кафедралары осы бөлімшелердің базаларында студенттерді дайындау мен оқытуды міндетті түрде қазақ тілінде жүргізу керек.

Келесі белестерде бұл кафедралар мен бөлімшелер тәжірибелік денсаулық сақтау жүйесінде қазақ тілінде дайындау мен дәрігерлердің мамандықтарын жетілдіру үшін дайын клиникалық базалар болар еді [4,5].

Қазақта «тама берсе, тамшы да тас теседі» деген сөз бар. Айта берсек, жаза берсек, біздің бұл айтқандарымызға құлақ асар адам табылар деген ойдамыз.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- 1 Рақышев А. «Университетіміздің өсіп-өркендеуіне әсер ететін мемлекеттік тілдегі медициналық терминдердің құрылуы, дамуы, келешегі». Медицина білімі – мемлекеттік тіл аясында. Республикалық ғылыми-практикалық конференция материалдары. – Алматы: 2009. - 3 желтоқсан. – Б. 3-4
- 2 Қазақстан Республикасының «Қазақстан Республикасындағы тілдер туралы» Заңы. -11 шілде. -1997 жыл. - № 151-1.
- 3 Қазақстан Республикасының Президенті-Елбасы Н.Ә.Назарбаевтың Қазақстан халқына жолдауы. Астана: 2012 жыл. - 14 желтоқсан.
- 4 Сарсембаев Қ., Ашимов А. «Тәжірибелік денсаулық сақтау жүйесіндегі қазақ тілінің деңгейі туралы пікірлер»// Қазақ Ұлттық медицина университетінің хабаршысы. - Алматы: 2006. - № 2 (32). - Б. 132-133
- 5 Сарсембаев Қ., Ашимов А., Өскенбай З. «Қазіргі денсаулық сақтау жүйесіндегі қазақ тілінің жағдайы туралы іпкір-ойлар»// Қазақ Ұлттық медицина университетінің хабаршысы. - Алматы: 2011. - № 2. - Б. 116-118
- 6 Қазақстан Республикасы Үкіметінің «Үкіметтің 2001 – 2010 жылдары мемлекеттік тілді мекемелерде енгізу және қалыптастыру бағдарламасы» туралы Қаулысы 9 сәуір. - 2003.- № 344.

Резюме: В статье рассматриваются вопросы внедрения государственного языка в практическое здравоохранение, а также предлагаются пути разрешения данной проблемы.

Resume: The problem of introduction of state language to the practical health service is considering in this article as well as ways of solving it.

РАЗДЕЛ 3. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ДИСЦИПЛИНЫ
CHAPTER 3. THE THEORETICAL DISCIPLINES

ГИГИЕНА

HYGIENE

УДК 614.77+614.778

Н.К. КУЛДАНБАЕВ^{1,4}, Р.Д. ФОГТ², А. АРНОЛДУССЕНЗ, Т.Н. СЫДЫКБАЕВ¹,
Т.И. ОКЛАНДЗ, О. ЭЙЛЕРТСЕНЗ

*1*Общественный фонд «Реласкоп» (г. Бишкек, Кыргызская Республика), *2*Факультет химии Университета Осло (г. Осло, Норвегия), *3*Норвежский институт леса и ландшафта (г. Ос, Норвегия), *4*Норвежская лесная группа (г. Осло, Норвегия).
*4*Научно-производственное объединение «Профилактическая медицина» (г. Бишкек)

СОДЕРЖАНИЕ ТЯЖЕЛЫХ МЕТАЛЛОВ В ПОЧВЕ НАЦИОНАЛЬНОГО ПАРКА «БЕШ-ТАШ»

Изучено содержание тяжелых металлов (ТМ) в пробах почвы, отобранных еловых лесах местности Беш-Таш (Кыргызская Республика, Таласская обл.), которая является частью системы мониторинга. Превышение содержания ТМ в почве относительно транслокационной ПДК установлены для As, Zn, Ni и Cu. Результаты корреляционного анализа свидетельствуют о наличии 33 взаимосвязей между концентрациями 16 следовых элементов в почве. Исключение составили Pb, Ba и Zn: отсутствие сильной корреляционной связи ($r > 0,7$) с другими элементами и их высокое содержание в верхних слоях почвы могут свидетельствовать о частичном антропогенном характере этих ТМ.

Ключевые слова: гигиеническая оценка территорий, мониторинг окружающей среды, ICP-Forest, тяжелые металлы, почва, лес

ВВЕДЕНИЕ

Ферганская долина является территорией, где все проблемы Центральной Азии (ЦА) представлены в концентрированном виде и сплетены в сложный клубок противоречий. По оценкам экспертов, в районе Ферганской долины (ФД) проживает более 20% процентов населения всей ЦА - 11-12 млн. чел. [Данков, 2006]. Средняя плотность населения в долине составляет около 100 чел./км², а в ее равнинной части - 350 чел./км² и более.

Основными секторами экономики Ферганской долины являются сельское хозяйство, металлургия, нефтегазовая и угольная промышленность. Регион, расположенный в ртутном геохимическом поясе, содержит большие запасы минеральных отложений ртути, сурьмы и других редкоземельных металлов. Кроме того, на протяжении нескольких десятилетий, особенно в период СССР, для получения рекордных урожаев хлопка в почву долины вносились огромные массы различных удобрений. Поэтому сегодня почва Ферганской долины загрязнена ТМ и другими токсическими соединениями, которые превышают ПДК в несколько раз [Богдецкий, 2009]. Эти почвенные загрязнители, частично улетучиваясь и/или адсорбируясь на пылевых частицах, регионально распределяются во время пылевых штормов и воздействуют на чувствительные горные леса ЦА. Горные леса региона играют важную экологическую роль: сохраняют и развивают биоразнообразие, аккумулируют влагу, препятствуют образованию селевых потоков, оползней и снежных лавин, регулируют расходы воды в реках, делая их более равномерными в течение года [Космынин, 1990; Колов, 2003].

При оценке влияния воздушных загрязнений на человека и природу изучению физико-химических свойств почвы уделяется особое внимание: эти объекты являются наиболее легкодоступными и информативными для мониторинговых целей. Систематический контроль качества и свойств почвы позволяет выявлять изменения

плодородия почвы, устанавливать возможное увеличение уровней загрязнителей, в т.ч. в результате неправильного землепользования [Дмитриев, 1989; Мудрый, 2002; Ляпкало, 2005; Мамытов, 1996; Неверова, 2004; Tabatabai, 1982; Olsen, 1982; Lucassen, 2010].

Исходя из вышеизложенного, целью настоящего исследования было изучение содержания тяжелых металлов в почве еловых лесов Национального парка «Беш-Таш» (Кыргызская Республика, Таласская обл.).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Геоботаническое описание местности

По ботанико-географическому районированию территория Беш-Таш относится к Древнесредиземноморскому подцарству Голарктики, Среднеазиатской провинции Таласскому району [Камелин, 2002]. Растительный покров местности Беш-Таш представлен северо-тянь-шанским типом вертикальной поясности. Распространенными типами растительности изучаемого района являются леса, которые представлены двумя видами семейства сосновых - *Picea schrenkiana* F. et M. и *Abies semenovi* Fedtsch.

Характерным для района является наличие значительных площадей высокотравных лугов, скал и каменисто-щебнистых склонов. Для ландшафтов характерны северные элементы флоры, преобладание лугоstepных и степных сообществ, развитие лесо-лугового пояса, получивших отражение в своеобразном северо-тянь-шанском типе структуры высотной зональности. Выделяется на северном макросклоне хребтов 6 вертикальных зон, которые наиболее ярко выражены в Таласском хребте [Атлас КССР, 1987; Камелин, 2002].

Установка мониторинговых площадок

Мониторинговые площадки, где проводились исследования, в т.ч. отбор проб почвы, устанавливались по стандартной методике, которая была разработана в 1985 г. по программе ICP-Forests под эгидой Конвенции CLRTAP ЕЭК ООН [Økland, 1990, 1996; Krogstad, 1992;

Økland, Eilertsen, 1993; Oksanen et al., 1997; Lawesson et al., 2000; ICP Forests, 2006].

Десять макро-плотов, каждая размером 10x10 м, размещались субъективно с таким учетом, чтобы представить всю разновидность окружающей среды вдоль важных экологических градиентов: по склону, условиям питания, свету, топографии, влажности почвы и т.д. Каждый макро-плот (10 м²) размещался в центре плота размером 30x30 м, в котором исследовалось каждое дерево. Все площадки устанавливались в местности с общим небольшим водным бассейном. Внутри каждого макро-плота путем случайной выборки (20 из 100), устанавливались 5 мезо-плотов 1 м², при этом каждый плот не соприкасался с соседним и расстояние между ними составляло 1 м.

Все углы мезо-плотов маркировались алюминиевыми трубками (реперами длиной 10-15 см), которые вбивались в почву. В каждый угол плота 30 м² и макро-плота 10 м² также вбивались алюминиевые трубки, при этом географические координаты левого нижнего угла площадки (10 м²) фиксировались с помощью GPS.

Отбор проб почвы

Количество и вид проб почвы зависело от рода почвенных горизонтов. Всего на мониторинговом участке Беш-Таш летом 2006 г. было отобрано 99 проб, из них 76 проб с А горизонта, 23 пробы с Б горизонта. Пробы отбирались с 3-х внешних сторон каждого мезо-плота (1 м²) на расстоянии 10-15 см от края, чтобы исключить повреждение и нарушение почвенного покрова внутри пробной площадки. Для отбора проб почвы использовался буров Эдельмана с максимальной глубиной достижения в 120 см. Наличие карбонатных пород подтверждалось с помощью 1 М раствора HCL [Økland, 1990, 1996; Krogstad, 1992; Økland, Eilertsen, 1993; Oksanen, Minchin, 1997; Lawesson et al., 2000; ICP Forests, 2006]. С каждого 1 м² плота отбиралась смешанная проба для каждого горизонта почвы и

помещалась в картонную коробку объемом 0,5 л. Отобранные пробы хранились в сухом и прохладном месте до проведения лабораторных анализов в стационарных условиях.

Химический анализ почвы, листьев деревьев

Многоэлементный анализ проб почвы проводился согласно международным стандартным методам в лаборатории ОсОО «Алекс Стюарт энд Инвайронментал Лэборэторис» (г. Кара-Балта, КР) с использованием атомно-эмиссионной спектроскопии с индуктивно-связанной плазмой [16-18; Olsen, 1953; Olsen, Sommers, 1982].

Гигиеническая оценка почв

Для гигиенической оценки почв, используемых для выращивания сельскохозяйственных растений, полученные значения по ТМ сравнивались с транслокационным показателем вредности (ПДК). Во-первых, это обусловлено тем, что с продуктами питания растительного происхождения в организм человека может поступать в среднем до 70% вредных химических веществ. Во-вторых, уровень транслокации определяет уровень накопления токсикантов в продуктах питания и влияет на их качество [ГОСТ 12.1.007-76; Романенко, 2004; Гидрогель, 2010]. Оценка уровня химического загрязнения почв, как индикатора неблагоприятного воздействия на здоровье человека, проводилась по показателям, разработанным при сопряженных геохимических и геогигиенических исследованиях окружающей среды, это:

1. коэффициент концентрации химического вещества (Кс), который определяется как отношение реального содержания вещества в почве (С) к его фоновому значению (Сф):

$$K_c = C/C_f;$$

2. суммарный показатель загрязнения (Zс), который равен сумме коэффициентов концентраций химических элементов и выражен следующей формулой:

$$Z_c = \sum_{j=1}^n K_c;$$

где n - число суммируемых элементов.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Содержание тяжелых металлов в почве

Химический состав почвы участка Беш-Таш на тяжелые металлы в сравнении с таковыми, установленными для земной коры (Taylor, McLennan 1985) и соответствующими нормативами – ПДК и ПДУ (Lacatusu 1998), представлен в Табл. 1.

Коренная подстилающая порода изучаемого района, в основном, относится к вторичным минералам (песчаник, глина и известняк), которые со временем были трансформированы в сланец и мрамор в результате различных природных метаморфических явлений. Поэтому содержание следовых элементов здесь в целом невысокое по сравнению с их концентрациями в земной коре, за исключением мягких металлов (тип Б) – мышьяк, свинец и кадмий. Тем не менее, содержание ТМ в почве данной местности, в целом, было выше, чем их мировые фоновые значения, и их концентрации находились между величинами установленных и адаптированных для разных стран ПДК и ПДУ [Naturvårdsverket, 1997].

Как видно из Табл. 1, значения ТМ в пробах почв А и Б горизонтов, отобранных на мониторинговых участках местности Беш-Таш, превышали их соответствующие ПДК по: As – в 7 и 11 раз для горизонтов А и Б, соответственно; Zn – в 3 раза для обоих горизонтов; Ni – в 4 и 5 раз и Cu – в 6 и 7 раз для А и Б горизонтов, соответственно.

Результаты, заслуживающего особого внимания, получены для свинца, бария и цинка. Хотя концентрация свинца для обоих горизонтов почвы была в пределах его ПДК, однако его содержание в А слое (верхний гумусо-аккумулятивный слой почвы) было в 1,2 раза больше, чем в Б - 32,8±1,0 мг/кг против 26,7±2,2 мг/кг (p<0,01). Содержание бария в верхнем А слое почвы было также в 1,2 раза больше, чем в нижнем - 195,1±7,1 мг/кг против 158,6±15,1 мг/кг (p<0,05). Кроме того, корреляционный анализ 16 следовых элементов выявил 33 сильных взаимосвязей между ними (r>0,7), при этом для свинца, бария и цинка не было установлено ни одной взаимосвязи с другими элементами. На основе этих

результатов можно предположить, что происхождение данных элементов в почве местности Беш-Таш может

иметь, отчасти, антропогенную природу происхождения.

Таблица 1 - Содержание тяжелых металлов I-III классов опасности в почве, отобранных в лесном массиве ущелья Беш-Таш (Таласская обл., КР)

Показатели ТМ-класс опасности	ПДК1	ПДУ2	Сф3	Кс=C/ Сф	Концентрация ТМ (С) в почве, горизонты:	
					A (n=76), М±m	B (n=23), М±m
As - I	2		6	2,2	12,9±2,8	21,2±6,0
Cd - I	2	3	0,1	11	1,1±0,1*	0,29±0,01*
Hg - I	2,1	50	0,2		<0,5	<0,5
Pb - I	35	100	4,1	8	32,8±1,0**	26,7±2,2**
Zn - I	23	300	50	1,3	66,6±2,4	71,2±7,7
Co - II	25	50	8	1,3	9,9±0,5*	14,2±1,2*
Ni - II	6,7	100	40	0,6	25,3±1,2**	32,5±2,6**
Cu - II	3,5	100	20	1,2	23,0±1,0	26,2±2,1
Mo - II					0,7±0,1	0,7±0,1
Cr - II		100	100	0,01	27,4±1,3**	39,5±3,2**
Sb - II	4,5				<2,5	<2,5
Ba - III					195,1±7,1***	158,6±15,1***
Sr - III			300	0,1	49,7±1,8	41,1±5,2
Zc - суммарный показатель загрязнения				26		

Примечания: 1транслокационное ПДК (http://www.gidrogel.ru/ecol/hv_met.htm); 2http://eusoils.jrc.it/esdb_archive/eusoils_docs/esb_rr/n04_land_information_systems/5_7.doc; Зсредние мировые концентрации элементов в незагрязненных почвах (Allaway, 1968); * - p<0,001; ** - p<0,01; *** - p<0,05. Согласно Naturvårdsverket (1997), корреляционный анализ содержания железа, алюминия и других элементов является одним из важных составляющих геохимической оценки почвы местности. Результаты настоящих исследований показали, что содержание Al и Fe сильно коррелировало с таковыми большинства элементов. Исключение составили мягкие металлы (Б тип) - Pb, Mo, Cd и некоторые твердые элементы (А тип) - Ba и Sr (Табл. 2). Мягкие металлы положительно коррелировали между собой и имели отрицательную взаимосвязь с твердыми

металлами. Анализ наших данных по участку Беш-Таш установил положительную сильную корреляционную связь между Sr и Ca (r=0,718). Кроме того, только для данной территории сильная отрицательная взаимосвязь определена между содержанием Be и %Ctot (r=-0,796), P (r=-0,706) и Sr (r=0,729), а также между Fe и Sr (r=-0,721) и между Sr и Sc (r=-0,734). Всего, как было отмечено выше, установлено 33 сильных взаимосвязей среди 16 рассмотренных элементов (Табл. 2). Больше всего количество взаимосвязей установлено, как обычно, для пограничных элементов - Co, Ni, V и Cr. Некоторые металлы Б типа (Pb, Mo и Cd) и А типа (Ba и Sr) показали слабую отрицательную корреляционную связь с другими следовыми элементами. И, наоборот, сильная отрицательная связь была установлена между Sr и Cr, V, Ni и Co.

Таблица 2 - Элементы с коэффициентом корреляции r>0,7 для проб почвы участка Беш-Таш

Элементы	Число корреляций	Коррелирующий элемент	Коэффициент корреляции
Pb	0	-	-
Mo	0	-	-
Cd	0	-	-
As	1	Cu	0,729
Cu	7	V	0,853
Co	10	Cr	0,969
Ni	10	Co	0,965
Zn	0	-	-
V	9	Sc	0,967
Be	5	V	0,941
Cr	10	Sc	0,973
Sc	6	Cr	0,973
Y	4	V	0,828
Zr	4	V	0,844

Ba	0	-	-
Sr	4	Cr	-0,733

Примечание: химические элементы отсортированы в порядке уменьшения их валентности от Б типа сверху к А типу внизу.

Гигиеническая оценка местности, рекомендации
Для оценки опасности загрязнения почв тяжелыми металлами, отобранных в районе елового урочища Беш-Таш, был рассчитан суммарный показатель загрязнения почвы - Zc (Табл. 2), который составил 26 ед. На основе полученных результатов, а также с учетом рекомендаций по оценке почв для сельскохозяйственного назначения, территорию елового урочища Беш-Таш можно классифицировать как умеренно опасную.

Таким образом, почва данной местности может быть использована для выращивания любых сельскохозяйственных культур при условии контроля качества продуктов на загрязнители. Выполнение настоящего условия строго рекомендуется, так как в местной почве установлены высокие уровни мышьяка, меди, цинка и никеля, тяжелых металлов I-II классов опасности, значения которых превышают их ПДК в несколько раз. Дополнительно, следует уделить особое внимание проведению мероприятий по снижению уровня этих элементов в почве и их доступности для растений, таким как, внесение органических удобрений,

гипсование и т.п. В случаях определения концентраций ТМ в сельхозпродуктах значительно превышающих ПДК, необходимо данную партию смешивать с таковыми, которые выращены на полях, где уровни токсичных веществ значительно ниже установленных норм.

ВЫРАЖЕНИЕ БЛАГОДАРНОСТИ

Данная работа была выполнена в рамках проекта «Мониторинг земной окружающей среды и лесов Центральной Азии (ТЕМР-СА, 2004-2010)», которая финансировалась МИД Норвегии. Участники проекта с ЦА благодарят своих коллег из Норвежского института леса и ландшафта, Норвежской лесной группы и Университета Осло за плодотворное сотрудничество. Химические анализы проб почвы были выполнены в ОсОО «Алекс Стюарт энд Инвайронментал Лэборэторис»: коллектив авторов благодарит администрацию лаборатории, а именно, г-на О.А. Садырова, г-на В.К. Щудро, г-на С.Б. Иманакунуова, а также всех сотрудников, принимавших участие в данной работе. Особая благодарность за организацию полевых исследований сотрудникам Госагентства по охране окружающей среды и лесному хозяйству при Правительстве КР: г-ну А.М. Бурханову, д-ру В.М. Сураппаевой и г-же А.К. Мадиевой.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Атлас Киргизской ССР. Том 1. Природные условия и ресурсы. – М.: ГУГК СССР, 1987. – 157 с.
- 2 Богдецкий В.Н, Ибраев К., Суюнбаева М. и др. Экономическая и инфраструктурная оценка. Обзор возможностей для альтернативного развития и потенциала для осуществления мер восстановления окружающей среды в районе Хайдаркана. - Кыргызстан. Бишкек-Женева: 2009. – 63 с.
- 3 Дмитриев М.Т., Казнина Н.И., Клименко Г.А. Загрязнение почв и растительности тяжелыми металлами. – М.: Изд-во МГУ. - 1989. -95 с.
- 4 Камелин Р.И. Краткий очерк растительного покрова Киргизии. В кн.: Пименов М.Г., Ключиков Е.В. Зонтичные Киргизии.- М.: Товарищество научных изданий КМК. – 2002. – С. 5-18.
- 5 Колов О.В. Современное состояние биоразнообразия орехоплодовых лесов Южного Кыргызстана. // Материалы международного симпозиума «Сохранение и устойчивое использование растительных ресурсов». – Б.: - 2003. - С. 157-161.
- 6 Космынин А.В. Интродуценты арчевого пояса и их влияние на водно-физические свойства почв. //Проблемы геоэкологии и природопользования горных территорий. – Фрунзе: Илим, 1990. – С. 126 – 128.
- 7 Ляпкало А.А., Гальченко С.В. Эколого-гигиенические аспекты загрязнения почвы Рязани тяжелыми металлами // Гигиена и санитария. – 2005. - №1. – С. 8-11.
- 8 Мамытов А.М. Почвенные ресурсы и вопросы земельного кадастра Кыргызской Республики. – Бишкек, Кыргызстан: 1996. – 240 с.
- 9 Мудрый И.В. Эколого-гигиеническая оценка микробиологических процессов в почве при загрязнении анионными поверхностно-активными веществами и тяжелыми металлами // Гигиена и санитария. – 2002. - №1. – С. 22-25.
- 10 Неверова О.А. Биогеохимическая оценка городских почв (на примере Кемерово) // Гигиена и санитария. – 2004. - №2. – С. 18-21.
- 11 Романенко Н.А., Крятов И.А., Тонкопий Н.И. Методология оценки качества почвы для социально-гигиенического мониторинга // Гигиена и санитария. – 2004. - №5. – С. 17-18.
- 12 Стандарт ГОСТ 12.1.007-76 «Классификация и общие требования безопасности». – М.: Стандартиформ. – 2007. - 7 с.
- 13 Э. Гриза, Б.И. Венгловский, З. Сарымсаков и др. Типология лесов Кыргызской Республики /. – Б.: 2008. – 264 с.
- 14 Allaway W.H. 1968. Agronomic controls over the environmental cycling of trace elements. *Advan. Agronomy* 29: 235-74.
- 15 ICP Forests 2006. II. Crown condition assessments. Manual on methods and criteria for harmonized sampling, assessments, monitoring and analysis of the effect of air pollution on forests. Part II. Visual assessment of crown condition. http://www.icp-forests.org/N8f/Chapt2_compl06.N8f.
- 16 ISO10390 1994. Soil quality - Determination of pH. International standard. 5 pp.
- 17 ISO10694 1995. Soil quality - Determination of organic and total carbon after dry combustion (elementary analysis). International standard. 7 pp.

- 18 ISO11048 1995. Soil quality - Determination of water-soluble and acid-soluble sulphate. International standard. 18 pp.
- 19 ISO11261 1995. Soil quality - Soil quality - Determination of total nitrogen - Modified Kjeldahl method. International standard. 4 pp.
- 20 ISO11465 1993. Soil quality - Determination of dry matter and water content on a mass basis - Gravimetric method. International standard. 3 pp.
- 21 ISO13536 1995. Soil quality - Determination of the potential cation exchange capacity and exchangeable cations using barium chloride solution buffered at pH = 8.1. International standard. 7 pp.
- 22 Krogstad T. 1992. Methods for soil analysis (In Norwegian). NLH report no. 6. Institutt for Jordfag, Ås-NLH, ISSN 0803-1304. 32 pp.
- 23 Lacatusu R. 1998. Appraising levels of soil contamination and pollution with heavy metals. In: Heineke H.J., Eckelmann W., Thomasson A.J., Jones R.J.A., Montanarella L., Buckley B. (Eds). ESB Research Report no. 4: Land Information Systems: Developments for planning the sustainable use of land resources. EUR 17729 EN. 546 pp. Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg. Pp. 393-402.
- 24 Lawesson J., Eilertsen O., Diekmann M., Reinikainen A., Gunnlaugsdóttir E., Fosaa A.M. Carøe, I., Skov, F. Groom G., Økland T., Økland R.H., Andersen P.N., Bakkestuen V. 2000. A concept for vegetation studies and monitoring in the Nordic countries. In: Tema Nord 517: 1-125.
- 25 Lucassen E.C.H.E.T., M.M.L. van Kempen, Roelofs J.G.M., G. van der Velde. Decline in metallophytes in tertiary polluted floodplain grasslands in the Netherlands: experimental evidence for metal and nutritional changes in soil as driver factors // Chemistry and Ecology. – 2010. - Vol. 26, №4. - P. 273-287.
- 26 Naturvårdsverket 1997. Bakgrundshalter i mark. Rapport 4640. Stockholm.
- 27 Økland R.H., Eilertsen O. 1993. Vegetation-environment relationships of boreal coniferous forests in the Solhomfjell area, Gjerstad, S Norway. Sommerfeltia 16: 1-254.
- 28 Økland T. 1990. Vegetational and ecological monitoring of boreal forests in Norway. I. Rausjømarka in Akershus county, SE Norway. Sommerfeltia 10: 1-52.
- 29 Økland T. 1996. Vegetation-environment relationships of boreal spruce forest in ten monitoring reference areas in Norway. Sommerfeltia 22: 1-349.
- 30 Oksanen J., Minchin P.R. 1997. Instability of ordination results under changes in input data order: explanations and remedies. J. Veg. Sci. 8: 447-454.
- 31 Olsen S.R. 1953. Estimation of available phosphorus in soils by extraction with sodium bicarbonate. U. S. Department of Agriculture. Circular 939.
- 32 Olsen S.R., Sommers L.E. 1982. Phosphorus. In: Page A.L., Miller R.H., Keeney D.R. (Eds.). Methods of Soil analysis, Part 2. Chemical and microbiological properties. Agronomy Monograph no. 9 (2nd edition) ASA-SSSA, S. Segoe., Madison, WI 53711, USA, pp.403-430.
- 33 Tabatabai M. A. 1982. Sulfur. In: Page, A. L., Miller, R. H., Keeney. D. R. (Eds.). Methods of Soil Analysis, Part 2, Chemical and microbiological properties. Agronomy Monograph no. 9 (2nd edition) ASA-SSSA, S. Segoe., Madison, WI 53711, USA, pp. 501-538.
- 34 Taylor St.R., McLennan S.M. 1985. The Continental Crust: its Composition and Evolution. Blackwell Scientific Publications (Oxford). Geoscience texts. 312 pp.
- 35 http://www.kgau.ru/distance/ebtf_01/mahlaev/geohimiya-bad/04_03.html.
- 36 <http://www.fundeh.org/files/publications/24/dankov.doc>.
- 37 <http://www.eawarn.ru/pub/AnnualReport/AnnualReportWebHome2001/2001anrep05.htm>.
- 38 <http://www.biogeochemistry.narod.ru/ubugunov/monografi/1/1.htm>.
- 39 http://www.gidrogel.ru/ecol/hv_met.htm.
- 40 <http://www.skogoglandskap.no/Oppdragsrapport/1305788365.43>.
- 41 http://www.chem.unep.ch/mercury/Sector-Specific-Information/EBIA_rus.pdf.

**N. K. KULDANBAEV^{1,4}, ROLF D. VOGT², ARNOLD ARNOLDUSSEN³, TALANT N. SYDYKBAEV¹,
TONJE ØKLAND³, ODD EILERTSEN³⁺**

1Public Foundation «Relascope» (Bishkek, the Kyrgyz Republic (KR)), 2Department of chemistry, University of Oslo (Oslo, Norway),
3Norwegian Forest and Landscape Institute (Ås, Norway), Norwegian Forestry Group (Oslo, Norway), 4Scientific and Production
Center for Preventive Medicine (Bishkek, the KR)

THE CONTENT OF HEAVY METALS IN SOIL OF THE NATIONAL PARK «BESH-TASH»

Resume: The content of heavy metals in soil was studied in Besh-Tash monitoring site (Talas district, Talas Oblast, the Kyrgyz Republic). Concentrations exceeding maximum permissible concentration (MPC) of heavy metals in soil were found for As, Zn, Ni and Cu. A large number (33) of strong correlations were found between the 16 measured trace elements. The exception was that no strong ($r < 0,7$) correlation was found for Pb, Ba and Zn. The lack of correlation, the high Pb, Ba and Zn amount compared to earth crust, and the higher concentration of these elements in the top horizon relative to deeper in the soil profile, all indicate an anthropogenic deposition of the elements at this site.

Keywords: hygienic assessment of territories, environmental monitoring, ICP-Forest, heavy metals, soil, green spaces.

А.К. ШАХМАТОВА

*Научно-производственное объединение «Профилактическая медицина»,
МЗ КР, г. Бишкек, Кыргызская Республика*

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СОДЕРЖАНИЯ ОСНОВНЫХ ПОЛЛЮТАНТОВ В АТМОСФЕРНОМ ВОЗДУХЕ ГОРОДА БИШКЕК

В статье дана гигиеническая характеристика степени загрязненности атмосферного воздуха г. Бишкек основными загрязнителями (диоксид серы, оксид азота и диоксид азота, формальдегид и аммиак). Проанализированы данные результатов мониторинга Государственного агентства по гидрометеорологии и природной среды при Министерстве Чрезвычайных ситуаций Кыргызской Республики (МЧС КР). Установлено, что в атмосферном воздухе г. Бишкек наблюдается превышение ПДК по диоксиду азота, оксиду азота и формальдегиду. Наиболее высокие уровни загрязнения воздуха отмечались в центральной и западной частях г. Бишкек, где содержание диоксида азота достигало 0,10 мг/м³, превышение ПДК составило от 2,5 до 2,8 раз. Средние значения среднесуточных концентраций формальдегида в атмосферном воздухе превышали норму в 3,3 раза (0,010 мг/м³).

Ключевые слова: атмосферный воздух, диоксид серы, оксид азота, диоксид азота, формальдегид, аммиак.

ВВЕДЕНИЕ

Одним из важных проблем в области гигиены окружающей среды является загрязнение атмосферного воздуха. Основными источниками загрязнения атмосферного воздуха в Кыргызской Республике являются предприятия энергетики, горнодобывающая и перерабатывающая промышленность, производства стройматериалов, автомобильный транспорт, участки захоронения отходов, а также объекты жилищно-коммунального хозяйства [2, 10].

На сегодняшний день в городах идет стремительный рост автомобильного транспорта. При этом более четверти автомобилей эксплуатируются с превышением норм токсичности и дымности. Также возросло количество действующих пунктов заправки автотранспорта на территориях не только жилых районов, но и в водоохраных зонах рек, каналов, водоемов и в зоне зеленых насаждений [1, 3].

В исследованиях К. Дж. Боконбаева и соавт. (1998) был проведен анализ загрязненности атмосферного воздуха г. Бишкек расчетным путем на основе учета выбросов от основных промышленных объектов города, а также выбросов выхлопных газов автотранспорта при их движении по ведущим транспортным магистралям. Анализ полученных результатов показал, что вклад в загрязнение воздушного бассейна города вносят выбросы ТЭЦ, использующие твердое топливо, с низкой калорийностью и высокой зольностью, а также автотранспорт, использующий низкосортное топливо с повышенным содержанием вредных веществ в выхлопных газах автомобилей (диоксид азота, оксид углерода, сернистый ангидрид, бенз(а)пирен). Причинами подобной ситуации являются резко возросший объем автотранспорта с большим сроком службы, ослабленный контроль качества выхлопной системы автомобилей, плохое качество дорожного покрытия, а также его изношенность и значительное сокращение количества зеленых насаждений в г. Бишкек, что может привести к существенному ухудшению здоровья населения [5].

Результаты наблюдений А.А. Шаршеновой и соавт. (1995) показали, что в летний период концентрации основных загрязнителей в западной части г. Бишкек в утренние часы были выше, чем в дневные. Данное обстоятельство объясняется колебаниями температурной инверсии

воздуха (в летний период в ночное время суток происходит накопление загрязнителей в приземном слое воздуха) и географическими особенностями местности.

Загрязнение атмосферного воздуха г. Бишкек у автомагистралей диоксидом азота в среднем превышало ПДК в 1,5 раза, по оксиду азота - в 1,5-2 раза, а по диоксиду серы - в 3 раза [6]. С удалением от основных магистральных линий г. Бишкек, концентрации загрязнителей в атмосферном воздухе снижались. В жилом секторе города значения концентраций двуокиси азота превышали ПДК_{мрк} в 1,2-2,4 раза [7].

Целью данной работы являлось проведение гигиенической оценки степени загрязненности атмосферного воздуха г. Бишкек основными загрязнителями.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Данные о результатах степени загрязненности атмосферного воздуха основными загрязнителями были взяты из регистрационных журналов Госагентства по гидрометеорологии и природной среды МЧС КР. Мониторинг за уровнем загрязнения атмосферного воздуха в столице ведется 7 постами наблюдения за загрязнением (ПНЗ) воздуха. Наблюдение за загрязнением атмосферного воздуха ведется согласно утвержденной программе, включающей 5 параметров: диоксид азота, диоксид серы, оксид азота, формальдегид и аммиак. Гигиеническая оценка качества воздуха выполнялась согласно Руководству по контролю загрязнения атмосферы [9]. В соответствии с санитарно-гигиеническими требованиями для оценки токсичности и вредности вещества, использовались две нормативные величины - максимально-разовая концентрация (ПДК_{мрк}) и среднесуточная концентрация (ПДК_{сск}) [8].

Результаты проведенных исследований

По данным Национального статистического комитета КР в 2011 г. общий объем выбросов загрязняющих веществ в атмосферном воздухе от стационарных источников составил 36,3 тыс. тонн в год, в том числе: твердых - 18,1 тыс. тонн, газообразных и жидких - 18,2 тыс. тонн, сернистого ангидрида - 8,3 тыс. тонн, окислов азота - 3,0 тыс. тонн, окиси углерода - 4,7 тыс. тонн.

Общий объем выбросов в 2010 г. был равен 30,7 тыс. тонн в год, в то время как в 2009 г. всего в атмосферу от стационарных источников было выброшено 118,2 тыс. тонн загрязняющих веществ. Наблюдалось снижение в

3,9 раза общего количества выброса загрязняющих веществ от стационарных источников. Выбросы основных

примесей в атмосферном воздухе на территории Кыргызской Республики приведены в Табл. 1 [3].

Таблица 1 - Выбросы загрязняющих веществ (ЗВ), отходящих от стационарных источников загрязнения атмосферного воздуха в КР (тыс. тонн)

Всего выброшено в атмосферу ЗВ	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
От стационарных источников в т.ч.:	35,2	32,2	35,7	36,7	34,5	36,1	37,9	39,7	118,2	30,7	36,3
Твердые	15,3	14,5	18,5	20,7	17,5	18,1	20,4	21,2	23,3	15,0	18,1
Газообразные и жидкие, из них	19,9	17,7	17,2	16,0	17,0	18,0	17,5	18,6	94,9	15,7	18,2
Сернистый ангидрид	10,1	8,1	8,2	6,5	7,6	7,9	7,1	8,8	9,7	7,6	8,3
Оксись углерода	2,8	3,1	3,4	3,7	3,8	4,6	4,5	4,1	3,1	3,4	4,7
Оксислы азота	3,4	3,1	3,0	3,3	3,0	3,1	3,2	3,4	2,1	2,5	3,0

Согласно данным Национального доклада о состоянии окружающей среды Кыргызстана (2001), в выбрасываемых автомобилями газах содержатся более 200 видов токсических загрязняющих веществ, которые обладают канцерогенными, мутагенными, наркотическими и другими вредными свойствами. Также негативное влияние на окружающую среду оказывает топливно-энергетический комплекс республики, особенно котельные, работающие на угле и мазуте, выбрасывающие загрязняющие вещества, обогащенные тяжелыми металлами и продуктами неполного сгорания. При этом наибольший удельный вес, выбрасываемых в атмосферу города вредных веществ, приходится на долю газообразных и взвешенных веществ, а именно на пыль, диоксид серы, окислы азота, формальдегид и аммиак [4]. Анализ материалов наблюдений за основными поллютантами атмосферного воздуха г. Бишкек за период с 1999 по 2011 гг. свидетельствует о том, что среднесуточные концентрации оксида и диоксида азота, формальдегида имеют тенденцию к увеличению в атмосферном воздухе. В то же время, содержание диоксида серы (ПДК_{ср} 0,050 мг/м³) в воздушном бассейне города в среднем за период с 1999 г. по 2011 г. находилось в пределах концентраций от 0,002 мг/м³ до 0,020 мг/м³, что не превышало ПДК.

Также была произведена сравнительная оценка уровней загрязнения вредными примесями атмосферного

воздуха на 7 постах наблюдения, расположенных в разных частях города. Пост №1 находится на пересечении ул. Московской и пр. Манаса (центральная часть); пост №2 – по ул. Луцхина (юго-восточная часть); пост №3 – ул. Веселая и ул. Салиева (восточная часть); пост №4 – пересечение пр. Жибек Жолу и ул. Ибраимова (северо-восточная часть); пост №5 – 7 микрорайон (южная часть); пост №6 – ул. Мессароша – пр. Ден Сяо Пина (западная часть); пост №7 – ул. Бакинская (северная часть).

Усредненные значения среднегодовых концентраций диоксида азота в атмосферном воздухе г. Бишкек приведены в Табл. 2 и на Рис. 1. Наблюдения за содержанием диоксида азота (ПДК_{ср} 0,04 мг/м³) в атмосферном воздухе проводилось по 4 постам наблюдения: ПНЗ №1, ПНЗ №4, ПНЗ №6 и ПНЗ №7. В воздушном бассейне города в 2005 г. наибольшая среднесуточная концентрация диоксида азота отмечалась в пункте наблюдения ПНЗ №4 и составляла 0,11 мг/м³ (2,8 ПДК), а в 2011 г. - 0,10 мг/м³ (2,5 ПДК). Наиболее высокие концентрации диоксида азота отмечались в пункте №1 с 2008 по 2009 гг., которые достигали 0,10 мг/м³, то есть превышение предельно допустимой концентрации составило 2,5 ПДК. Максимально-разовая концентрация диоксида азота (ПДК_{мр} 0,085 мг/м³) наблюдалась в 2005 и 2011 гг., при этом превышение достигало до 1,3 ПДК.

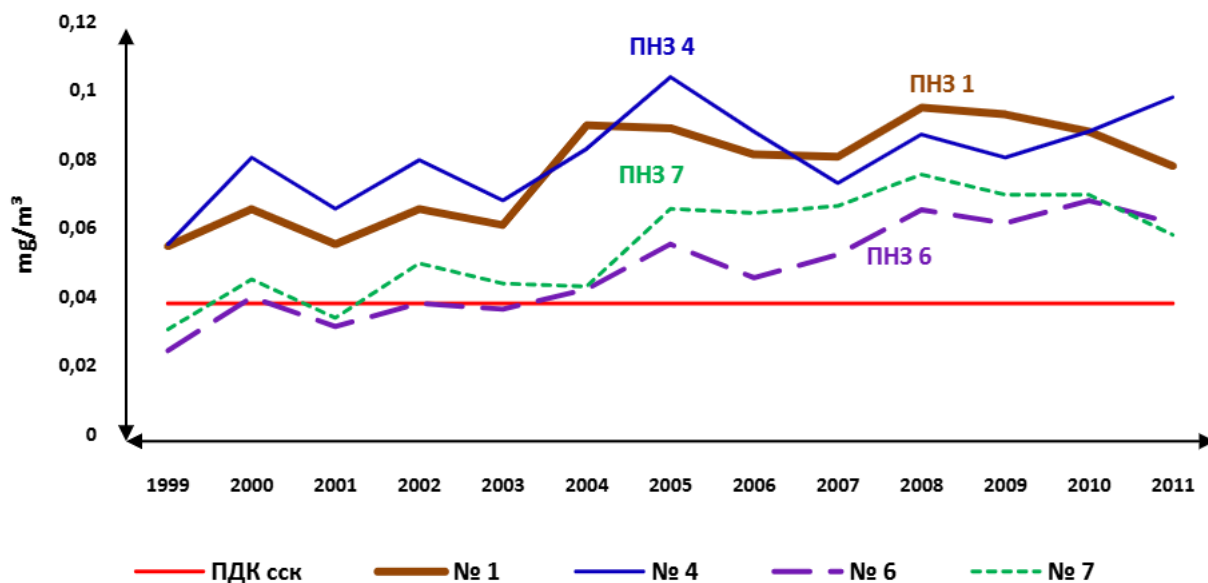


Рисунок 1 - Значения среднегодовых концентраций NO₂ мг/м³ в атмосферном воздухе г. Бишкек (ПДК_{сск} 0,04 мг/м³)

Мониторинг за содержанием оксида азота (ПДК_{сск} 0,06 мг/м³) в атмосферном воздухе осуществлялся только на двух постах наблюдения: ПНЗ №1 и ПНЗ №3. Среднегодовая концентрация оксида азота на ПНЗ №1

колебалась в пределах от 0,12 мг/м³ до 0,22 мг/м³, то есть превышение ПДК составляло от 2 раз до 3,7 раза, а на ПНЗ №3 среднесуточные концентрации находились в пределах допустимых норм.

Таблица 2 - Среднегодовые концентрации NO₂ (*10⁻³, мг/м³) в атмосферном воздухе г. Бишкек (ПДК_{сск}=0,04 мг/м³)

Годы	Средние значения концентраций и пределы (M±m, мин-макс)						
	ПНЗ №1	ПНЗ №2	ПНЗ №3	ПНЗ №4	ПНЗ №5	ПНЗ №6	ПНЗ №7
1999	12 0,57±0,43	3 0,10±0,00	12 0,34±0,30	11 0,57±0,43	9 0,46±0,62	11 0,26±0,32	12 0,33±0,14
2000	12 0,68±0,37	12 0,23±0,37	12 0,26±0,42	12 0,83±0,63	6 0,47±0,61	12 0,39±0,58	11 0,48±0,61
2001	11 0,57±0,43	12 0,25±0,42	12 0,37±0,79	12 0,68±0,52	10 0,38±0,41	12 0,33±0,27	12 0,36±0,33
2002	12 0,68±0,61	11 0,38±0,37	12 0,34±0,24	12 0,82±0,51	12 0,52±0,56	12 0,40±0,41	12 0,52±0,42
2003	12 0,58±0,38	12 0,37±0,69	12 0,28±0,34	12 0,70±0,62	12 0,33±0,37	12 0,38±0,44	12 0,46±0,44
2004	12 0,91±0,155	11 0,31±0,48	12 0,35±0,24	12 0,85±0,61	5 0,38±0,65	12 0,44±0,44	6 0,45±0,47
2005	10 0,91±0,101	11 0,48±0,42	12 0,44±0,40	12 0,106±0,44	2 0,50±0,141	11 0,57±0,51	4 0,68±0,55
2006	12 0,83±0,41	11 0,33±0,43	12 0,28±0,29	12 0,90±0,68	8 0,29±0,43	8 0,48±0,49	11 0,66±0,45
2007	11 0,83±0,59	11 0,28±0,40	12 0,31±0,27	12 0,75±0,55	12 0,24±0,30	12 0,54±0,51	12 0,68±0,56
2008	10 0,97±0,50	11 0,43±0,51	12 0,30±0,13	12 0,89±0,24	12 0,30±0,26	11 0,67±0,29	12 0,78±0,43
2009	12 0,95±0,65	10 0,40±0,52	12 0,33±0,26	12 0,83±0,53	12 0,26±0,24	12 0,63±0,49	12 0,72±0,44
2010	12 0,85±0,49	11 0,39±0,22	12 0,31±0,30	11 0,89±0,41	12 0,25±0,40	11 0,68±0,31	12 0,69±0,40
2011	12 0,77±0,69	12 0,23±0,32	12 0,22±0,22	9 0,96±0,64	12 0,22±0,12	12 0,57±0,32	12 0,55±0,51

Максимально разовые концентрации оксида азота (ПДК_{мрк} 0,40 мг/м³) в атмосферном воздухе за период 1999 по 2011 гг. на двух постах наблюдения ПНЗ№1 и ПНЗ№3 не превышали допустимых норм.

Уровни загрязнения воздушного бассейна г. Бишкек формальдегидом (ПДК_{сск} 0,003 мг/м³) в центральной части в пункте наблюдения ПНЗ №1 были максимальными в 2001 г. и равнялись 0,033 мг/м³ (11 ПДК). При этом в 2011 г. они составили в среднем 0,010

мг/м³(3,3 ПДК), то есть наблюдалась тенденция к снижению. В северо-восточной части г. Бишкек в ПНЗ №4 уровни загрязнения воздуха формальдегидом в 2011 г. снизились и составили 0,012 мг/м³ (4 ПДК), по сравнению с 2001 г. и 2004 г. 0,028 мг/м³ (9,3 ПДК). В целом по республике уровни загрязнения атмосферного воздуха формальдегидом относительно предыдущего года несколько уменьшились, однако значения превышали среднесуточную предельно допустимую норму. В течение года максимально-разовые концентрации формальдегида (ПДК_{мрк} 0,035 мг/м³) в воздушном бассейне города не превышали допустимых норм.

Загрязнение атмосферного воздуха аммиаком отслеживалось на 2 постах наблюдения - ПНЗ №2 и ПНЗ №6, где значения среднегодовых концентраций не превышали допустимую норму (ПДК_{ссск} 0,05 мг/м³).

Выводы

Наблюдение за состоянием загрязнения атмосферного воздуха в г. Бишкек в динамике показало, что из пяти определяемых основных загрязнителей воздуха установлено превышение предельно-допустимых норм по диоксиду азота, оксиду азота и формальдегиду.

В центральной и западной частях г. Бишкек отмечались наиболее высокие уровни загрязнения воздуха диоксидом азота – 0,10 мг/м³, превышение ПДК составило от 2,5 до 2,8 раз.

Содержание формальдегида в атмосферном воздухе за последние 10 лет сократилось более чем в 3 раза, однако средние значения среднесуточной концентрации в 0,010 мг/м³ превышали предельно-допустимую норму в 3,3 раза.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Информационный бюллетень №313 «Качество воздуха и здоровье». - Сентябрь 2011 г.
- 2 Национальный доклад о состоянии окружающей среды Кыргызской Республики за 2006-2011г. – Бишкек: 2012. – 119 с.
- 3 Национальный статистический комитет Кыргызской Республики (2006-2011): <http://www.stat.kg>
- 4 Национальный доклад о состоянии окружающей среды Кыргызстана 2000. - Бишкек: 2001. – С. 12-31.
- 5 Боконбаев К.Дж., Ильясов Ш.А., Якимов В.М. Анализ загрязненности атмосферного воздуха г. Бишкек. //Окружающая среда и здоровье человека. – Бишкек: 1998. – Том №6. – С. 54-56.
- 6 Тен Е.Е., Шаршенова А.А. Гигиеническая оценка влияния загрязнения атмосферного воздуха на состояние здоровья детей г. Бишкек. //Медицина Кыргызстана. – 2008. - № 3. – С. 63-65.
- 7 Шаршенова А.А., Позолотина Л.И. и др. Гигиеническая характеристика загрязнения атмосферного воздуха западной жилой зоны г.Бишкека. //Окружающая среда и здоровье человека. - Бишкек: 1995. – Том №3. – С. 181-183.
- 8 Чернова Н.Е., Акынбеков К.У. Медицинская статистика. – Бишкек: 2008. – 189 с.
- 9 Руководство по контролю загрязнения атмосферы. РД 52.04.186-89. – М.: 1991.
- 10 [Shen J., Tang A., Liu X.](#) et al. Impacts of pollution controls on air quality in Beijing during the 2008 Olympic Games. // [J. Environ Qual.](#) -2011, Jan-Feb. - 40 (1). - P. 37-45.

ANARA K. SHAKHMATOVA

*The Scientific and Production Center for Preventive Medicine
the Ministry of Health of the Kyrgyz Republic, Bishkek*

THE HYGIENIC ASSESSMENT OF THE MAIN AIR POLLUTANTS OF THE CITY OF BISHKEK

Resume: The hygienic characteristic of the air pollution levels of Bishkek by main pollutants (sulfur dioxide, nitrogen oxide and nitrogen dioxide, formaldehyde and ammonia) is given in the article. The monitoring results of the State Agency on Hydrometeorology and the environment under the Ministry of Emergency Situations of the Kyrgyz Republic are analyzed. Exceeding the maximum permissible concentrations of nitrogen dioxide, nitrogen oxide and formaldehyde were found in the air of Bishkek. The highest levels of air pollution were recorded in the central and western parts of the city of Bishkek, where the content of nitrogen dioxide reached 0.10 mg/m³, exceeding the maximum permissible concentration ranged from 2.5 to 2.8 times. The mean values of average concentrations of formaldehyde in the air exceeded the norm by 3.3 times (0.010 mg/m³).

Keywords: air, sulfur dioxide, nitric oxide, nitrogen dioxide, formaldehyde, ammonia.

Я.Р. ИМАМНИЯЗОВ

Әуезов ауданы МСЭҚБ, Алматы қаласы

МЕГАПОЛИСТИК ҚАЛАЛАРДАҒЫ АВТОКӨЛІК ЖҮРГІЗУШІЛЕРДІҢ ЕҢБЕК ЖАҒДАЙЫН ГИГИЕНАЛЫҚ БАҒАЛАУ

Экологиялық қолайсыз қаланың автобус жүргізушілерінің еңбек жағдайын зерттеу бойынша (ыстық климат, жоғары газданушылық және ауаның шаңдануы), жұмысқа қабілеттілігі өндірістік ортаның (шу, діріл, ықшамклимат микроклимат, азот оксиді және көміртек оксиді) жағдайына байланысты

Түйінді сөздер: автокөлік, жүргізуші, өндірістік фактор, токсикалық заттар, шу, температура

Қала жағдайында жүргізушінің қызметі ең ауыр және жауапты еңбек түріне жатады. Мұнда жүйкелік-эмоционалық жүктеме өте зор және зейіннің үнемі тұрақтылығы мен жинақтылығын талап етеді. Жүргізушілердің еңбек тәртібін тиімді ұйымдастырудың негізгі міндеті жұмыс ауысымы бойы жүргізушінің денсаулығын сақтай отырып еңбектің жоғарғы тиімділігіне қол жеткізу және қамтамасыз ету болып табылады. (1)

Автокөлік мекемелерінде жұмыс уақытын нормалау және бөлу мәселесі жүргізуші жұмысының сапасын белсенді әсер етуге бағытталған маңызды фактор болып табылады.

Автокөлік жүргізушілерінің еңбек жағдайын организмнің кейбір жүйелерінің жағдайына әсері туралы жекеленген мәліметтер бар. Дегенмен бұл мәліметтер толық емес, жинақталмаған және қазіргі уақытта бұл мәселенің жағдайын толық көрсете алмайды. Сонымен қатар қалалық автокөлік жүргізушілердің ең алдымен аса жоғары жүйкелік-психикалық жүктемемен бірге жүреді. Мұндағы негізгі рөл қозғалысты басқаруға, атап айтқанда жүргізушінің ақпарат аймағының параметрін басқаруға тиесілі. Жүргізушінің еңбек іс-әрекетін анықтайтын ақпарат оларға тек автобустың басқару пультінен ғана емес, сондай-ақ қозғалу ортасынан да келіп түседі. Автобус жүргізушілерінің негізгі бақылау объектілеріне автомобильдер, жол белгілері, жаяу жүргіншілер, жолдың жағдайы жатады. Тәуіліктің әр түрлі мерзімінде жекеленген бақылау объектілерінің саны мен сипаты өзгереді, бұл олардың маңыздылығын анықтайды. Сонымен кептеліс кезінде қалалық жағдайда автомобильдер мен жаяу жүргіншілер саны көбейеді, ал қалааралық тасмалдауда кей уақыттарда ақпараттың жеткіліксіздігінен монотония пайда болады. Кабинадан тыс ақпарат аймағының ерекшеліктері объектілерді қадағалау санының тұрақсыздығы олардың арасындағы әр түрлі байланыстылығы, ақпараттардың ретсіздігі болып табылады. Кабинадан тыс ақпарат аймағының ерекшелігімен шақырылатын жүйкелік-психикалық жүктемемен бірге автобус салонындағы жайттар, яғни жүргіншілерге билет сату, тарату т.с.с. жағдайлар жүргізушілерде жүйкелік-эмоционалық жүктемені шақыруы мүмкін.

Жүргізушілердің физикалық жүктемесін автобус жүргізу кезінде аяқ-қол бұлшықеттерінің, сонымен қатар мойын және дене бұлшықеттері жұмыс позасын қалыптастыруға және жолаушыларды отырғызу кезінде есіктердің ашылып, жабылуын қадағалау үшін басты бұру бұлшықеттерінің жұмысымен анықталады.

Қалалық автокөлік кабиналарының микроклиматының қалыпты жағдайда болуы автожол медицинасының ең күрделі мәселелерінің бірі болып табылады, ол мынадай

өзіндік ерекшеліктерге, жалпы алғанда, бірнеше факторлардың организмге әсерлері (температура, ылғалдылық және ауаның қозғалыс жылдамдығы, қоршау температурасы және т.б.), жылдың әр мезгіліндегі әртүрлі реакциялардың организмге әсері, киімдердің термиялық кедергілері, еңбектің ауырлығы мен жүктемелері болып табылады. (1)

Кабиналардың желдетілу жүйесі, герметизациясы, жүргізушілерді шаңның әсерінен және концентрациясының құрамынан сақтау керек. Сонымен қатар кабиналар, жолдардың сапасына, метеорологиялық факторларға, қозғалыстың интенсивтілігіне тікелей байланысты.

Шамадан тыс жоғарғы немесе төменгі температуралар автобусты басқарудағы мүмкіндіктерді шектейді. Автокөлік кабинасындағы қолайсыз ауа температурасы көптеген қателіктерге және апаттарға әкеледі. Жүргізушіге ыстықтың әсері зейіннің, нақтылықтың және реакция жылдамдығының төмендеуімен көрінеді. Температураның жоғарылауы ағзадағы ылғалдылықтың көп мөлшерде жоғалуына алып келеді, ол жұмыс қабілеттілігін төмендетеді. Суық температура өз кезегімен, ауруға деген сезімталдықтың жоғарылауына әкеледі, ол автокөлік жүргізушісінің өте сақ болуға, сонымен қатар, қозғалыс жүктемесіне, шаршағыштыққа әкеледі. Тері сезімталдығының жоғарылауы қол білезігі бұлшықетінің жұмыс қабілетінің 20 – 30% төмендеуімен көрінеді. (2)

Жүргізушінің жылу берілуінің төмендеуі және жылудың рационалды көлемінің өзгеруі, күнделікті жағдайда қоршалған кабинада отырумен байланысты. Жүргізуші кабинадан шыққанда, температураның күрт төмендеуіне душар болады. Кабина ішінің микроклиматы жылу жүйесінің ерекшелігіне, желдетуіне, сонымен қатар, автокөліктің құрама өлшемдеріне (кабинаның герметикасына, қозғалтқыштың орналасуына, оның жылу изоляциясына, жылу сыйымдылығына және материалдың жылу өткізгіштігіне, кабинаның тереземен қамтамасыз етілуіне және т.б.) қатысты болып келеді. Автобус және жеңіл автокөліктердегі микроклиматтың қалыптасуына көлікпен тасымалдайтын жолаушылардың санына, аядамаларда есікті ашу жиілігі мен санына, қозғалтқыштың жұмыс тәртібіне және т.б. маңызды болып келеді.

Нормаланған факторлардың әсерінен, жүргізушінің қателік бағасы өте жоғары жұмыс қабілеттілігінің қажетті деңгейінің көтеруіне тиісті жағдай жасау керек. Бұл жағдайда кабина микроклиматы үйлесімді, талапқа сай, соның ішінде жүргізуші ағзасына әсері, тек денсаулық жағдайын бұзылыстарға әкелу ғана емес, жүргізушінің жеке сезімталдығы, сонымен қатар жұмыс қабілеттілігін де көтеру керек.

Шынымен де, осындай микроклиматты тек ауаны кондиционерлеудің көмегімен дұрыстауға болады.

Автобустардың кабинасындағы микроклимат ауа ағымдарының бөлінуі және ауа қозғалысының жылдамдығы жүргізушіге маңызды әсер етеді. Автокөлікте желдетілу жүйесін және жылу жүйесін жетілдіру, оларды кондиционерлермен микроклимат өлшемдерін үйлесімді қамтамасыз ету, сонымен қатар кабинадағы температураның күрт түсуін ескерту (көденеңнен, тігінен), микроклимат өлшемдерінің нормада болуын, автокөліктің үзіліссіз қозғалуы басталар алдында, 20 – 30 мин ішінде тез арада қадағалау керек. Кабинаның ауа температурасы басқару мүшелері мен кабинаның ішкі беткейінің температураларынан 3°C жоғары айырмашылықта болмауы тиіс, жүргізушінің жылу шағылысуының қалдық деңгейі қабырғадан және төбеден 35 Вт/м² жоғары, ал терезеден 100 Вт/м² – та жоғары болмауы керек. (2)

Қазіргі кездегі автокөлік орындарындағы ең қолайсыз факторлардың бірі шу болып табылады. Шудың негізгі көзі болып қозғалтқыш желдеткіштері, суыту жүйесі, қозғалтқыш бөлім, кузовтар болып табылады. Жалпы шу деңгейіне қосымша тіркеме және қозғалыс ортаындағы шу қосылады. Қала автокөлік жүргізушілеріне шудың әсері екі есе жүктеме тигізеді. Шу есту мүшесіне, орталық жүйке жүйесіне, жүрек-қан тамыр жүйесіне және т.б организм функциялары мен жүйелеріне кері әсер етеді. Көптеген зерттеулердің нәтижесінде өндірістік және тұрмыстық шудың адам организміне кері әсерлерінің бар екені анықталды. Олар жүрек-қан тамыр, асқазан-ішек жолдары жүйке жүйесінің аурулары ұйқы бұзылыстары, еңбек қабілетінің төмендеуіне алып келеді. Шудың әсерлерінен еңбек жағдайы 40% дейін төмендегені анықталған. Шудың қолайсыз әсері энергетикалық тығыздығына, дыбыс ақпаратының ерекшелігіне байланысты. Неғұрлым дыбыстың даусы қатты, тербеліс жиілігі жоғары және ақпарат бірқалыпты болса, соғұрлым әсері жоғары болады. Жарты сағат бойы автокөлік қозғалтқышының бірқалыпты шуымен салыстырғанда терезенің жанынан өткен трамвай шуы жүйке жүйесіне әлде қайда аз әсер етеді. 70% жүйке аурулары, невроздар шудан пайда болатыны дәлелденген.

Шудың жүйелі әсер етуінен нейроциркуляторлы синдром туындайды. Ол бас ауыруымен, тершеңдік, қозғыштық, жүрек аймағындағы ауру сезімі және жағымсыз сезім, ұйқысыздықпен сиппалады.

Зерттеулер нәтижесінде қазіргі заманғы автобустардағы шу деңгейі 71 дБА, максималды энергиялық октавасы ортагеометриялық жиілікпен 31.5-125 Гц. Әдебиеттер көрсеткішінен шу автобус ішінде әртүрлі жағдайларда 49-дан 92 дБА аралығында өзгереді (эквивалент деңгейі 72-77 дБА). (3)

Біздің зерттеулер бойынша шудың деңгейі автобустардың ескіруінен және жылдамдық артқан сайын жоғарлайды. Сонымен қатар жоғарда көрсетілген шу деңгейлері есту қабілетінің төмендеуіне, жүрек – қан тамыр, эндокринді, орталық және вегетативті жүйке жүйелеріне әсер етеді. Автобус жүргізушілерінің көбісінде ауысымнан кейін уақытша естудің бұзылыстары байқалған және жасы 50 және 50-ден асқан кәсіптік өтілі ұзақ жүргізушілерде тұрақты өзгерістер байқалған. 100% табалдырықтың жоғарылауы сөйлеу қабілетінің және дыбыс дифференциалына әсерін

тигізетіні анықталған. Шудың өзі де жүргізуші денсаулығына және жұмыс қабілеттігінің төмендеуіне алып келетіні мәлім. 80 дБА шу ми қыртысында тежелу үрдістер дамиды, қыртыстың сенсомоторлық аймағында невротизация түріндегі әсерлер береді, ал 90 дБА шуда операторларда 2 сағ кейін көру-қимылдау реакцияларының күрт жоғарылауы, анықтап білу, есте Жүргізушінің организміне автокөліктің инфрадыбыс деңгейі орталық жүйке жүйесіне, тыныс алу, эндокринді және басқа да жүйелерге әсерін тигізеді, сондықтан инфрадыбыстың көлемін төмендету қазіргі кезде жүргізушілердің еңбек шартқа еңбек жағдайын жақсарту ең өзекті мәселелердің бірі болып отыр. Инфрадыбыстың кез-келген тосқауылдардан өтуіне байланысты болғандықтан, қазіргі кезде бұл акустикалық қауіптілікпен қалай күресу аспектігі мәлім болған жоқ.

Жүргізушілердің өндіріс ортасында ең қолайсыз физикалық факторлардың бірі- діріл болып табылады. Жергілікті және жалпы дірілдің негізгі көзі- ол автокөлік жүргізгендегі қозғалтқыш, карданды вал, сөндіргіш, аспа, кузов осылар әсер етеді. Діріл үдеуі- көлікті жоғары жылдамдықпен жүргізгенде, жол жағдайы нашар болғанда және керекті жүктеменің азаюынан болады.

Дірілдің ұзақ уақыт әсері жүргізуші организміне тұрақты бұзылыстарды, яғни “діріл ауруына” алып келеді. Шу мен жергілікті жоғары жиілікті діріл өзара әсер еткенде перифериялық қан айналым бұзылысына, дененің төменгі бөліктерінің артерияларының спазмына (эндоартериит, гипертониялық аурулар) алып келеді. Жүргізуші жұмысында жергілікті (қол саусақтарының және табан), жалпы діріл әсері барлық денеге толқынмен таралып әсер етеді.

Діріл ауруының дамуы бірнеше жыл жұмыс істегеннен кейін табылады. Осыған байланысты шағымдар: қол саусақтарының ұюы, қол және аяқта ауру сезімі көбінесе түнгі уақытта мазалайды, жиі саусақтары тырысып, аяқ ұштарының тоңуы және қол мен аяқтың ауру сезімін сезбейді. Аурудың айқын формасында жүйке жүйесінің және вестибулярлы аппараттың (бас айналу, бастың үнемі ауруы) бұзылыстары болады. Зерттеулер бойынша жүргізушілердің жұмыс орнындағы діріл кең жолақты кездейсоқ үрдіс. Діріл деңгейінің максималды көрсеткіші 1ден 125 жиіліктегі Гц, негізінен 2-8 Гц құрайды. Қалалық автобустардағы дірілдің вертикалды деңгейі 135 дБ дейін барады.

Токсикалық заттардың аздаған концентрациясы, басқа да өндірістік факторларды қоса алғанда, жүргізуші организміне теріс әсерін тигізеді және қозғалыс қауіпсіздігін төмендетеді. Атап айтқанда, жүргізушілердің кабинасын ластайтын басты компоненттер көп ағымды, оларға қозғалтқыштан шығатын газдар олар әртүрлі заттардан құралады, сондықтан оларды шартты түрде бірнеше топтарға бөлуге болады. Біріншіден, көмірсу құрамды өнімдер- (көмірсу тотығы, көмірсутек, күйе) жанармайдың толық жанбауынан пайда болады, нәтижесінде концентрацияның жоғарылауы болады. Екіншіден, азот тотығы өнімдері, олардың пайда болуынан, қозғалтқыш цилиндріндегі жоғарғы қысым мен температураның жоғарылауын туғызады. Үшіншіден, жанармайдың әртүрлі қоспалары мен қалдықтары – (қорғасын тотығы, барий, күкірт, меркаптан т.б.). Қалалық автокөлік кабинасындағы токсикалық заттар зерттеу кезінде ШРЕК-тен жоғары екені анықталды.

Атмосфералық ауаның көбінесе ластануы дизельді қозғалтқыштарды эксплуатациялау кезінде болады, олардың шығарындылары негізінде құрымнан (сажа) және басқа да көміртек құрамды жоғары молекулалы байланыстардан тұрады. Зиянды заттардың қоршаған ортаға түсуінің нәтижесінде әртүрлі бөліктердің үстіндегі полициклды ароматикалық көмірсутектердің сорбциясы болып табылады.[2] Қозғалтқыштардан шығатын шығарынды газдың құрамы мен көлемі оның типіне, техникалық жағдайына, жұмыс тәртібіне, күш түсуіне, қоректік және оталу жүйесінің жөнделгеніне, жанармайының сапасына, сонымен қатар жүргізушінің квалификациясы мен тәжірибесіне байланысты. Ең негізгі мән қозғалтқыштың жұмыс кестесіне беріледі. Негізінде тоқтағанда, қозғалу барысында көміртегі оксидінің шығарылуы 10% жоғарылайды. Жүргізушінің кабинасының ауалы ортасын негізгі ластанушы көзі болып: қозғалтқыш, қозғалтқыштың қартері, карбюратор, бензобак, жол бойындағы ауа зонасы және жолаушылар. Осыған байланысты ластануға интенсивті түрде ең алдымен қозғалтқыштың техникалық жағдайы және оның жанармай жүйесі, жанармайдың сорты мен сапасы, автотранспорттың пайдалану уақыты.

Үлкен қала жағдайында транспортты эксплуатациялау ерекшеліктері, соның ішінде Алматы қаласында мынаған байланысты, жолдардағы транспорттың көптігі интенсивті көлік көп жағдайда жүру, оның өзі автобустардың ұзақ уақыт кептелісте тұруына және де жиі тоқтауымен, жүруге алып келеді.

Басқа да әсер ретінде азот оксиді ол көздің, мұрынның, ауыз қуысының шырышты қабатына тітіркендіргіш әсер көрсетеді. Азот оксидімен ұланудың жасырын кезеңіне тән: адам қауіпті канцентрациямен жұмыс істегенде өзін қанағаттандыратындай сезінеді, нәтижесінде ауыр түрде ауырады. Өңделген газдардағы альдегидтер негізгі түрде формальдегид, акролеин, көмірсутек, құрым, күкітті газ және күкіртсутек түрінде шырышты қабаттарға күшті тітіркендіргіш әсер көрсетеді. Көмірсутек күн сәулесі әсерінен азот оксиді мен байланысқа түсіп, озон және сутек тотығын түзеді, олар көзге және жоғарғы тыныс жолдарына тітіркендіргіш әсер көрсетеді.

Қорғасын қосылыстары да ү болып табылады, олар барлық ағзаға және тіндерге зақымдаушы әсер көрсетеді. Қорғасын қосылыстарымен ұланудың қауіптілігі, олардың да ағзада канцерогенді зат ретінде жинақталуы. Қалада және өндіріс аймақтарында қоршаған ортаның қорғасынмен және оның қосылыстарымен ластануы антропогенді фактор және автомагистральдің дамуымен байланысты.(1) Адам ағзасына бензиннің өзі де нақтырақ айтқанда оның буы токсикалық әсер көрсетеді.

Тау жағдайындағы жұмыс істейтін жүргізушілер двигатель жұмысының режимін жиі ауыстырып отыру керек, ол токсикалық тастандылардың жоғарлауына әсер етеді және автобус кабинасында ауа ортасы ластанады. Шыққан газдар кабинаға түскенде олар жұмыс қабілеттілігіне теріс әсер беріп, көмірсу тотығының

жүргізуші организмiне тыныс жолдары арқылы түсуi-оттегі жетiспеушiлiгiн шақырады. Азот тотығы- шырышты қабаттардың тітіркенуін, жөтелді, тамақтың созылмалы катарларын шақырады. Акролеин- көздегі өткір ауру сезімін, жас ағу, жөтел, тыныс алудың және жүрек жұмысын төмендетеді.

Бұл барлық кері әсерлер организмнің жұмысқа қабілеттілігін төмендетеді.

Көміртегі оксидінің әсерінің нәтижесінде негізінен эритроциттердің газ алмасу процесіне қатысу қабілеті жоғалады, осының себебінен оттектік ашығу, ол біріншіден орталық жүйке жүйесінде көрініс береді. Ауадағы көміртек оксидінің 0.12% канцентрациясын демалып жұтқанда 30 минуттан кейін жүректің жеңіл қағысын шақырады, 2 сағаттан кейін – бас ауру және жүрек айну болады. Жүргізушінің жұмыс күні соңында қанындағы карбоксигемоглобиннің мөлшері 10-12% жоғарылайды, оның жұмыс күні барысындағы қанымен салыстырғанда, бұл адамға өте үлкен дәрежеде қауіп төндіреді, өйткені қандағы жинақталған карбоксигемоглобин (2.5%) психофизиологиялық реакциялардың бұзылыстарын шақырады. Негізінен қандағы карбоксигемоглобиннің мөлшері 5% аспауы керек.

Жүргізуші организмiне улы заттардың әсерін зерттеу, яғни кабинаның ішіндегі канцентрацияның төмендеуіне қарсы шараларды ұйымдастыру болып табылады. Осыған сәйкес шаралар 4 топқа бөлінеді: шығарылған газдардың улылығын төмендету; жол бойындағы зонасындағы улы заттармен ластануын төмендету; кабинаға улы заттардың түсуін барлық түсу көздерінен алдын-алу; автокөлік кабинасындағы улы заттарды жою. Үшінші және төртінші топтағы шаралар кабинадағы ластану көздерін вентиляция және изоляция арқылы жою керек екені белгілі. Осыған орай токсикалық заттардың шығу көзіне байланысты ауаны алу орны дұрыс таңдалуы тиіс.

Қазіргі кезде қозғалтқыштардың газ шығаруындағы улы заттарды төмендетуге көңіл бөлінуде, яғни қозғалтқыштардың конструкциясының жетілдіруне және жанармайдың жаңа түрін іздеп шығаруда. (1)

Қалалық автотранспорт жүргізушілеріне әсер ететін токсикалық заттар – көміртек оксидінен, көмірсутектен, құрымдардан, азот оксидінен, қорғасыннан және т.б заттардан тұратын қозғалтқыштан өңделген газдар, жүргізушілердің ағзасына әсер ететін осы заттардың мөлшерін төмендету үшін бірқатар алдын алу шараларын дайындау қажеттігі туып отыр.

Осы мәселелерді қарастыра отырып, біз профилактикалық шараларды, яғни техникалық, санитарлық-гигиеналық және медициналық-профилактикалық шараларды ұйымдастырып, ең алдымен жоғарыда айтылып кеткендей шу, дiрiл, ультра және инфрадыбыс токсиндік заттар әсеріне қарсы жаңа нормативтік гигиеналық регламентациялар шығару керек.

ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДБИЕТТЕР

- 1 А.И. Вайсман Гигиена труда водителей автомобилей. – М.: 1988г. – 187с.
- 2 К.К. Тогузбаева, А.К. Сайлыбекова и др. Гигиеническая оценка влияния некоторых производственных факторов на состояние работоспособности водителей автотранспорта. //Сборник статей XIV международной научной конференции «Здоровье семьи - XXI». – Алматы: Римини, 2010г.
- 3 Близнюк В.Д. Корреляционные связи между городским шумом и неинфекционными заболеваниями населения// Гигиена и санитария . – 2001. - № 6. – С. 20-22.

Я.Р.ИМАМНИЯЗОВ

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА УСЛОВИЯ ТРУДА ВОДИТЕЛЕЙ АВТОТРАНСПОРТА МЕГАПОЛИСНЫХ ГОРОДОВ

Резюме: Работоспособность водителя во многом определяется микроклиматом в кабине автобуса. Установлено, что температура воздуха в кабине автомобиля влияет на количество ошибок, допускаемых водителем, а следовательно, и на количество аварий. Поставлены задачи дальнейшего исследования данной проблемы – вопросы нормирования внутреннего шума пассажирского автотранспорта в условиях экологически неблагополучного города.

Ключевые слова: автотранспорт, водитель, производственные факторы, токсические вещества, шум, температура

YA.R. IMAMNIYAZOV

HYGIENIC ASSESSMENT OF A WORKING CONDITION OF DRIVERS OF MOTOR TRANSPORT OF THE METROPOLITAN CITIES

Resume: Efficiency of the driver in many respects is defined by a microclimate in a bus cabin. It is established that air temperature in a cabin of the car influences quantity of the mistakes made by the driver, and consequently, and number of accidents. Problems of further research of this problem – questions of rationing of vnutrenny noise of passenger motor transport in the conditions of ecologically unsuccessful city are set.

Keywords: motor transport, driver, production factors, toxic substances, noise, temperature

УДК 614.1+614.7-502-531.391.5

У.И. КЕНЕСАРИЕВ, К.А. ТУЛЕБАЕВ, М.К. АМРИН,
Р.А. БАЯЛИЕВА, Ж.Б. БЕЙСЕНБИНОВА

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова

ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ И ПРОБЛЕМЫ УСТОЙЧИВОГО РАЗВИТИЯ АТЫРАУСКОЙ ОБЛАСТИ

В статье рассмотрены некоторые показатели здоровья населения и проблемы устойчивого развития Атырауской области.

Динамика социально-экономического роста области соответствует стратегическому плану развития страны, что является основой для устойчивого развития. Степень загрязнения атмосферы характеризуется как «низкая». Качество воды водных объектов, оценивается как «чистая».

Удельный вес детского населения выше, чем по республике на 15,4%. Рождаемость и естественный прирост населения выше республиканских показателей, соответственно в 1,3 раза и 1,5 раза. Уровень первичной заболеваемости ниже республиканских показателей в 1,76 раза.

Вместе с тем, в области есть некоторые проблемы: загрязнение почв некоторых месторождений по кадмию, хрому и меди; заболеваемость туберкулезом остается на высоком уровне и выше республиканского.

Ключевые слова: устойчивое развитие, окружающая среда, здоровье населения

Актуальность работы: Устойчивое развитие отдельного города, региона или целого государства предполагает такое развитие, которое обеспечит экономический рост, снизит экологическую нагрузку на окружающую среду и в максимально возможной степени удовлетворит потребности общества, не нанесет ущерб здоровью населения и его будущим поколениям.

Цель работы: Дать характеристику состоянию здоровья населения Атырауской области на фоне социально-экономических и экологических факторов.

Материалы и методы исследований: обзор и анализ статистических данных по состоянию объектов окружающей среды и показателям здоровья населения Атырауской области.

Результаты и обсуждение. Наиболее важными аспектами устойчивого развития являются экономический, экологический и социальный. Индикаторами устойчивого развития выступают такие показатели, как уровень безработицы, миграция населения, демографическая ситуация, валовый внутренний продукт на душу населения, показатели развития отраслей промышленности и сельского хозяйства, качество объектов окружающей среды и здоровье населения региона [1, 2].

Атырауская область находится в пределах Прикаспийской низменности, на Западе Казахстана. Климат в регионе резко континентальный, засушливый. Лето сухое, продолжительное, жаркое со средней температурой июля +24 +25 С°; зима малоснежная, холодная, со средней температура января - 8-11 С°. Крупными реками являются - Урал, Эмба, Сагыз, Ойыл. Крупное озеро области - Индер [3].

Территория занимает площадь в 118,6 тыс. кв. км (4,35% от общей площади страны), средняя плотность населения – 4,5 чел. на 1 кв. км.

В области находится 2 города (Атырау и Кульсары), 7 сельских районов, 14 поселков, 189 сельских и аульных округов. Численность городского населения составляет 58,3%, а сельского – 41,7%. По области функционирует около 200 школ, 10 колледжей, 3 вуза, имеется 40 лечебно-профилактических учреждений.

Область наряду с богатствами Каспийского моря располагает крупными запасами нефти и газа, бората, калийных и натриевых солей.

Динамика социально-экономического роста Атырауской области полностью соответствует стратегическим установкам Президента Республики Казахстан, что создает основу для конкурентоспособного развития региона.

Приоритетными в экономике области являются топливно-энергетическая, производство стройматериалов, обрабатывающая, агропромышленная и рыбная отрасли. На промышленный сектор приходится половина валового регионального продукта. По его объему на одного человека Атырауская область находится на первом месте в республике.

Наибольший удельный вес в структуре промышленного производства занимает добыча сырой нефти и попутного газа, перегонка нефти, производство и распределение электроэнергии.

Создается база для устойчивого развития: улучшения социальной инфраструктуры, увеличения технического и танкерного флотов, создания новых рабочих мест, обучения кадров, привлечения к работам максимального количества местных подрядчиков, поставщиков материалов, товаров и услуг. Наряду со сказанным, это позволяет использовать отечественный научный потенциал, увеличить налоговые сборы, решить вопросы охраны окружающей среды, улучшать состояние мелиорации земель, увеличивать воспроизводство рыбных запасов, обеспечивать полноту стока в Каспий волжской и уральской воды.

В то же время, Атырауская область занимает особое место среди регионов и зон экологического бедствия Казахстана. Экологическая ситуация в регионе формируется под влиянием природно-климатических и антропогенных факторов, важнейшими из которых являются подъем уровня Каспийского моря и бурное развитие нефтегазовой отрасли промышленности. Подъем уровня моря может привести к появлению зон сероводородного загрязнения, что связано как с гибелью растений на мелководьях, так и в результате затопления действующих нефтяных и газовых промыслов, территории которых загрязнены продуктами

нефтепереработки.

Наращивание объемов добычи нефти и газа, высокая агрессивность извлекаемого сырья влияют на процессы интенсивного загрязнения атмосферы, поверхностных и грунтовых вод, а также почвенного и растительного покрова, где накапливаются тяжелые металлы, радионуклиды и нефтепродукты.

Большая часть населения Атырауской области контактирует с нефтью и продуктами её переработки, а также с другими токсическими и канцерогенными химическими веществами, оказывающими негативное воздействие, как на среду обитания, так и на профессиональные группы населения и местных жителей. На фоне существующих экологических и социальных проблем отрицательное влияние загрязнителей на организм человека может возрастать многократно. В этой связи необходимо углубленное комплексное научное исследование состояния здоровья населения региона и разработка целенаправленных профилактических мероприятий с учетом характерных для данной зоны неблагоприятных факторов окружающей среды.

В связи с этим нами рассмотрены некоторые вопросы состояния окружающей среды и здоровья населения в изучаемом регионе.

В 2011 г. по данным РГП «Казгидромет» в г.Атырау отмечается низкий уровень загрязнения атмосферного воздуха [4, 5]. Индекс загрязнения атмосферы (ИЗА₅) составил 3,3 и характеризуется как «низкий». Средняя концентрация диоксида азота составила 1,8 ПДК. Концентрации взвешенных веществ, диоксида серы, оксида углерода, сероводорода и аммиака находились в пределах гигиенических нормативов.

В 2011 г. в сравнении с 2000 г. уровень загрязнения атмосферного воздуха в городе Атырау значительно, понизился. Случаев высокого и экстремально высокого загрязнения атмосферного воздуха не зарегистрировано. По данным наблюдений на месторождениях Жанбай, Забурунье, Доссор, Макат, Косшагыл максимальные концентрации всех определяемых примесей находились в пределах нормы.

Наблюдения за загрязнением поверхностных вод на территории Атырауской области ведутся на 3-х водных объектах. В реках Урал, Кигач, Шароновка превышении

ПДК не обнаружено. Качество воды, рассматриваемых водных объектов, оценивается как «чистая», а в последние годы качество воды обследуемых водных объектов, не изменилось.

На прибрежных станциях морского судоходного канала, Тенгизского месторождения и взморья, р. Урал, в разрезах острова залива Шалыги-Кулалы и в дополнительных разрезах «А» и «В» качество морских вод оценивается как «чистые». На всех прибрежных станциях, месторождениях и на станциях вековых разрезов превышение ПДК не наблюдалось.

Среднесуточная плотность радиоактивных выпадений в приземном слое атмосферы на территории области за 2011 год составила 1,3 Бк/м², что не превышает предельно-допустимый уровень.

На территории г.Атырау в пробах почв концентрации кадмия, свинца, цинка, меди и хрома находились в пределах 0,04-0,6 ПДК и не превышали допустимой нормы.

На месторождениях Жанбай, Забурунье, Доссор, Макат, Косшагыл содержание нефтепродуктов в почве находилось в пределах 0,001-1,4 %. В почвах месторождения Жанбай концентрация кадмия в почве находилась в пределах 1,2-1,6 ПДК; месторождения Доссор концентрация кадмия и хрома - до 1,4 ПДК; месторождения Макат концентрация меди - 1,1-4,7 ПДК. Во всех пробах почв месторождения Косшагыл концентрация меди находилась в пределах 3,8-4,2 ПДК.

На [1 января 2010 года](#) с учётом данных [переписи 2009 года](#) численность населения области, по сравнению с 1999 годом, выросла на 16 % (с 440286 до 513363 человек), тогда как по республике – на 6,8% (на момент счета на 12 часов ночи с 24 на 25 февраля 1999 г.). На данный момент в национальном составе населения казахи составляют 91,5%, русские – 6,35%, остальные национальности – 2,15%. Городское население составляет 47,9%, а сельское – 52,1% [6, 7, 8].

По состоянию на 01.01.11 г. в возрастной структуре населения Атырауской области удельный вес взрослого населения составил 66,2%, подростков – 5,4%, детей – 28,4%, женщин репродуктивного периода - 27,8%. Доля детского населения выше, чем по республике на 15,4%, [таблица 1](#).

Таблица 1 - Возрастная структура населения Жылыойского района в сравнении с Республикой Казахстан, Атырауской областью и г.Атырау в 2011 году

Регион	Взрослые	Подростки	Дети	Женщины репродуктивного периода
РК	70,4	5,0	24,6	28,0
Атырауская область	66,2	5,4	28,4	27,8
Г.Атырау	68,3	4,7	27,0	29,1

Рождаемость населения в 2011 г. увеличилась по сравнению с 2000 г. с 19,1 до 28,51 рождений на 1000 населения (1,5 раза), что выше республиканских показателей в 1,3 раза. Естественный прирост увеличился 10,3 с до 21,34‰ (в 2,1 раза), чем по республике в 1,5 раза.

Уровень первичной заболеваемости по области увеличился с 30909,2 в 2000 г. до 31953,3 в 2011 г. случая на 100 тыс. населения. В то же время ее уровень в 2011 г. был ниже, чем по другим областям, а республиканских

показателей (56195,8) в 1,76 раза. В структуре ее ведущими являются болезни органов дыхания (36,0%), болезни крови и кроветворных органов (7,6%), болезни системы кровообращения (7,0 %), болезни органов пищеварения (5,9%) и болезни мочеполовой системы (5,3%). На данные пять классов приходится до 61,8% всех болезней.

Наблюдается увеличение первичной заболеваемости населения болезнями крови и кроветворных органов – с

1364,0 до 2416,7 случая на 100 тыс. населения, т.е. в 1,8 раза.

Среди инфекционных заболеваний чаще встречаются вирусный гепатит «А», острые кишечные инфекции, туберкулез. Заболеваемость туберкулезом остается на высоком уровне – 107,5 на 100 тыс. человек, что выше республиканского показателя (86,6 на 100 тыс. населения) на 19,4%.

Уровень первичной заболеваемости населения г. Атырау (24980,7 на 100 тыс. населения) несколько ниже, чем по области и по республике (2,4 раза). В то же время, уровни инфекционных и паразитарных болезней в 1,6 раза у детей и в 2,5 раза у взрослых превышают среднеобластные и среднереспубликанские показатели. Очевидно, высокий уровень инфекционной заболеваемости является следствием плохих социальных условий жизни и неудовлетворительного состояния питьевого водоснабжения, санитарной очистки территории города и др. Наблюдаются высокие уровни заболеваемости болезнями системы кровообращения, мочеполовой и костно-мышечной систем, особенно среди детского населения. Показатель заболеваемости населения туберкулезом в 1,4 раза выше среднереспубликанского.

Сравнительная характеристика заболеваемости по возрасту показала, что наиболее высоким был уровень заболеваемости детей (45430,6 на 100 тыс. населения), что превышает показатели заболеваемости подростков в 1,4 раза, а взрослых в 1,7 раза.

Ведущей причиной обращения жителей области за медицинской помощью были болезни органов дыхания, которые составили у детей 23918,9, у подростков 11353,4 и у взрослых 6110,4 случая на 100 тыс. человек соответствующих групп населения.

В структуре заболеваемости детей второе место по распространенности занимают болезни крови и кроветворных органов (3532,4 случаев на 100 тыс. детского населения). Болезни органов пищеварения с показателем 2561 на 100 тыс. детского населения находятся на третьем месте. Далее – болезни кожи (1942,3) и травмы и отравления (2285,3). На перечисленные пять классов приходится –75,4 % всех заболеваний детей.

Аналогичная картина складывается и среди заболеваемости подростков болезни органов дыхания (11353,4 на 100 тыс. подростков), болезни глаза и его

придатков (4836,8), болезни крови и кроветворных органов (4643,1), болезни органов пищеварения (1541,3) и системы кровообращения (809,2). Всего, уровень заболеваемости подростков был ниже в 2,6 раза среднего уровня по Республике.

Первичная заболеваемость взрослого населения Атырауской области в 2011 г. составила 26135,5 на 100 тыс. населения данной возрастной группы, что ниже республиканских показателей (39811,9) в 1,5. Что также ниже показателя Республики в 1,6 и 1,5 раз соответственно.

В структуре заболеваний взрослого населения ведущими являются болезни органов дыхания, болезни кожи и подкожной клетчатки, травмы и отравления, болезни мочеполовой системы, болезни системы кровообращения, доля которых составляет 56,1 %.

Заключение. Динамика социально-экономического роста Атырауской области полностью соответствует стратегическому плану развития страны, что является основой для устойчивого развития региона.

Степень загрязнения атмосферы (по ИЗА₅) характеризуется как низкая. Качество воды водных объектов, оценивается как «чистая». Обнаружены превышения нормативов в почвах некоторых месторождений по кадмию, хрому и меди (от 1,1 до 4,7 ПДК).

В возрастной структуре населения области удельный вес взрослого населения составляет 66,2%, подростков – 5,4%, детей – 28,4%, женщин репродуктивного периода – 27,8%. Доля детского населения выше, чем по республике на 15,4%.

Рождаемость населения за 2000-2011 годы увеличилась по сравнению в 1,5 раза и выше республиканских показателей в 1,3 раза. Естественный прирост увеличился в 2,1 раза и выше чем по республике в 1,5 раза.

Уровень первичной заболеваемости за 2000-2011 годы по области хотя и увеличился с 30909,2 до 31953,3 случая на 100 тыс. населения, его уровень ниже общереспубликанского показателя в 1,76 раза. В структуре ее ведущими являются болезни органов дыхания, болезни крови и кроветворных органов, болезни системы кровообращения, болезни органов пищеварения и болезни мочеполовой системы.

Наряду с этим, заболеваемость туберкулезом в области остается на высоком уровне – 107,5 на 100 тыс. человек, что выше республиканского показателя на 19,4%.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Концепция перехода Республики Казахстан к устойчивому развитию на 2007- 2024 годы.
- 2 Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы.
- 3 Официальный портал Акимата Атырауской области. <http://atyrau.gov.kz>.
- 4 Информационный бюллетень о состоянии окружающей среды в Республике Казахстан. Министерство охраны окружающей среды. РГП «Казгидромет». Департамент экологического мониторинга.
- 5 Информационный бюллетень о состоянии окружающей среды Казахстанской части Каспийского моря. Министерство охраны окружающей среды. РГП «Казгидромет». Департамент экологического мониторинга.
- 6 Статистические сборники «Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2011 г.». – Астана: 2012 г.
- 7 Статистические сборники «Здоровье населения Атырауской области и деятельность организаций здравоохранения в 2011 г.г». - Астана: 2012 г.
- 8 Статистический сборник «Демографический ежегодник Казахстана». – Астана: 2012 г.

Ү.И. КЕНЕСАРИЕВ, Қ.А. ТӨЛЕБАЕВ, М.Қ. АМРИН,
Р.А. БАЯЛИЕВА, Ж.Б. БЕЙСЕНБИНОВА

ТҰРҒЫНДАР ДЕНСАУЛЫҒЫ ЖӘНЕ АТЫРАУ ОБЛЫСЫНЫҢ ТҰРАҚТЫ ДАМУ МӘСЕЛелЕРІ

Түйін: Бұл мақалада тұрғындардың кейбір денсаулық көрсеткіштері және Атырау облысының тұрақты даму мәселелері қарастырылған. Облыстың әлеуметтік-экономикалық даму динамикасы еліміздің стратегиялық жоспарына сәйкес. Атмосфераның ластану дәрежесі «төмен» деп сипатталады. Су нысандарының су сапасы «таза» болып бағаланады.

Балалардың үлесті салмағы республикалық деңгейден 15,4% жоғары. Тұрғындардың туу саны және табиғи өсімі республикалық көрсеткіштерінен, соған сәйкес 1,3 және 1,5 есе жоғары. Атырау облысының тұрғындардың біріншілік аурушандығы республикалық көрсеткіштерден 1,76 есе төмен.

Сонымен бірге, облыста келесі мәселелер бар: кейбір мұнай кен орындарының топырағы кадмиймен, хроммен және мыспен аса ластанған; загрязнение; туберкулезбен сырқаттанаушылығы жоғары деңгейде және республикалық көрсеткіштерінен жоғары.

Түйінді сөздер: тұрақты даму, қоршаған орта, тұрғындар денсаулығы

U.I. KENESSARIEV, K.A. TULEBAYEV, M. K. AMRIN,
R.A. BAYALIYEVA, Z.B. BEISENBINOVA

PUBLIC HEALTH AND CHALLENGES OF SUSTAINABLE DEVELOPMENT ATYRAU REGION

Resume: In the article some indicators of health and sustainable development issues in Atyrau region. Dynamics of the socio-economic growth of keeping with the strategic development plan, which is the basis for sustainable development. The degree of pollution is described as "low". The water quality of water bodies assessed as "clean."

The share of the child population is higher than in the republic by 15.4%. The birth rate and natural growth rate above the national average, respectively 1.3 times and 1.5 times.

The level of primary disease below the national average by 1.76 times. However, in the area there are some problems: pollution of soil of some deposits of cadmium, chromium, copper, tuberculosis remains high, and higher than the national

Keywords: sustainable development, the environment, public health

Г. А. ИЛЯЛЕТДИНОВА, Л. Н. АЙТАМБАЕВА, А. Д. ҚҰТТЫБАЕВ, Қ.Е.БАЛТАЕВ, А.С.ЖАБИКБАЕВА, Ж.Б.АБИРОВ
Мемлекеттік санитарлық – эпидемиологиялық қадағалау Департаментінің Медеу ауданы бойынша басқармасы
С. Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина Университеті

АЛМАТЫ ҚАЛАСЫ БОЙЫНША СУ НЫСАНДАРҒА ЖЫЛДЫҚ ҚОРЫТЫНДЫ БАҚЫЛАУ

Төмендегі мақалада Алматы қаласы бойынша су нысандарына жылдық қорытынды бақылау нәтижелері берілген.[1.2] Жерасты және жерүсті суларының ластануынан қорғау және тастандыны утилизациялау іс – шаралары енгізілген. Қазіргі уақытта қаламыздың су нысандарының жағдайы қанағаттанарлық деп бағалануда.[3]

Түйінді сөздер: су құбыры торабы, насостық сору, ашық су айдындары, ұйымдастырылған шығарындылар

Алматы қаласы бойынша Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігінің мемлекеттік санитарлық – эпидемиологиялық қадағалау департаменті коммуналдық нысандарға санитарлық-гигиеналық қадағалау бөлімінің кезекті есебі бойынша қадағаланатын нысандар ішінде қоршаған орта жағдайына мемлекеттік санитарлық-гигиеналық қадағалау жұмыстары жүргізілді. Бұл ретте қолданыстағы ұлттық және аймақтық, мемлекеттік бағдарламаның орындалуы айрықша көңіл аудартады: "Комплексный программы по снижению загрязнения окружающей среды города Алматы ", "Алматы қаласына 2009-2018 жылдарға арналған қоршаған ортаның ластануын төмендетудің кешенді бағдарламасы" және "Алматы қаласының өзендері және су айдындары " , 2011-2020 жылдарға арналған Қазақстан Республикасы үкіметінің бұйрығымен бекітілген "Ақ Бұлақ" бағдарламасы.

Алматы қаласының қоршаған ортасының жалпы жағдайы қанағаттанарлық бағаланады. Атмосфералық ауаны қорғау, жерасты және жерүсті суларының ластануын қорғау, тастандыны утилизациялау іс-шаралары жүргізілді. Су қоймасы нысандары жоспарлы лабораториялық тексеру, ашық су айдындары, селителі аумақтарда шығарындылардың әсер, атмосфералық ауаның ұйымдастырылған шығарындылары және күрделі автомагистральдардың тексеру нүктелері.

Жылдық қорытынды бойынша қалалық ауыз су құбыры жағдайы тұрақты және қанағаттанарлық деп табылды. Инфекциялық аурулар су арқылы таралған деген жағдай анықталмаған. Судан 1707 рет сынама алынған, зерттелгендердің 7-уі микробиологиялық көрсеткіштер бойынша стандартқа сай келмеді, ол -0,4 %. Жер беті және жерасты су көздерінен сынама алу барысында су сапасы санитарлық-химиялық сынамалар бойынша (180/0), паразитологиялық көрсеткіштер (11/0) және клифаттар саны (23/0) қанағаттанарлық көрсеткіш көрсетті. Санитарлық-химиялық, вирусологиялық, паразитологиялық және радиологиялық көрсеткіштер бойынша су құбыры ғимараттарынан сынама алу барысында ауытқулар болмаған. ҚР ДСМ МСЭҚД № 56 05.06.2006. «Об утверждении форм санитарно-эпидемиологического мониторинга» бұйрығын орындау барысында қалалық МСЭҚД мониторингі бойынша ауыз су және су көзі бар объектілерді тоқсан сайын ҚР ДСМ МСЭҚД және Республикалық мемлекеттік қазыналық кәсіпорны ҚР ДСМ МСЭҚК ақпарат беріп тұру.

Су қоймасы объектілеріне бақылау жылдық қорытынды жоспарға сәйкес өткізілді. Халыққа ауыз су жеткізуші негізгі объектілердің бірі мемлекеттік қазыналық кәсіпорны «Холдинг Алматы Су» және өнеркәсіптік

кәсіпорындар, өндірістер, тұрғын-үйлерге бақылау орнатылған. Қазіргі уақытта қалалық МСЭҚД 21 су құбыры бақылауға алынған, оның ішінде МҚК «Холдинг Алматы Су» ведомствалық бақылауда, 1-уі жалпы қалалық коммуналдық су құбыры, «Достық», «Айгерім», «Красный трудовик», «Каменское плато», «Шанырақ-2», МҚК «Холдинг Алматы Су» ведомствалық су құбырының көзі «Достық Мунай Бейс», және де 14 ведомствалық жауапкершілігі шектеулі серіктестік («Казгидропроект», «Карасу», «Аңыз су», «АЖДШ», «Р.И.В.», «Бахыт», «Турмыс», «Водник», «Сары Арка», ИП Алматаева Б., Майбасов Д.Р.), «Шымбулак» таушаңғысы, «Оптовый клуб», ЖШС «Алматыэкологострой») су құбырлары. Жыл соңына қарай ЖШС «Алматыэкологострой» жағынан су құбырына уақытша эксплуатация тоқтатылған. [1]

Қаланың Алатау ауданында 4 ведомствалық су құбыры ПК «Водник» және ИП Алматаевой в Ауэзовском и ПКСК «Сары-Арка», ЖШС «Алматы экологострой» талап етілгендей санитарлық-гигиеналық нормаға және СҚЗ бойынша қолайлы, нормалық өлшемге сәйкес келмейді. Объектілер бойынша сотқа эксплуатацияны тоқтату мәселесі бойынша қайта қарау арызы берілген, шығарылған шешімді орындамағандықтан прокуратурамен бірге тексеру жүргізілді. Соттың шешіміне қарамастан барлық объектілерді эксплуатациялау жалғасатын болды.

Су объектілерінің жағдайын жақсарту үшін 2011 жылы МҚК «Холдинг Алматы Су» құрылыстық-әрлеу жұмыстары 2021597,234 мың теңге көлемінде атқарылды. Соның ішінде объектілер бойынша су көздеріне 517742,752 мың теңге, су құбыры торабы 675145,593 мың теңге, канализация объектілеріне 744376,292 мың теңге.

Орындалғандар:

- Құрылыстың жоба құжаттамасын әзірлеу, қайта құру, жөндеу, объектілерді қорғауды күшейту.;
- Жаңа скважиналарды бұрғылау №4,6,7;
- Жөндеу және қайта құру, стандартқа сәйкес емес құрылғыларды жаңарту;
- Ескі су құбырларын 6445м ұзындықта жаңа су құбырына ауыстыру, канализацияны 3220п метрге;
- Насостық станцияларды жөндеу, вентиляция;
- Су құбырларын және канализацияның авариялық жағдайын жөндеу және қайта қалыпқа келтіру;
- Су объектілерінің ғимараттарына жөндеу жүргізу.

Жыл бойына есеп беру кезінде бюджеттен № 5А, 5Б, 5В, 40А, Калкаман, су қоймаларына қайта құру шаралары жүргізілді, Калкаман, санитарлық-эпидемиологиялық қызмет согласованы жоба құрылыс көздері водоснабжения аудандарында «Шанырақ-2», РВ-90, насостық станция подкачки и құрылыс жүйелері

водоснабжения и водоотведения с Мамыр-5 және Мамыр-6 аудандары, «Строительство и реконструкция фильтровальной станции на территории головных очистных сооружений г. Алматы», Канализациялық жүйелерін Ак Каин санаториясынан Байқоңыр, Заречная көшесінен Түрксиб (2-я очередь) санаториясына дейін қайта құру.[2]

Қалада жүргізілген жұмыстарға қарамастан, шешуін таппаған сұрақтар реті:

- Жеке сектор бойынша даму су құбыры мен канализация құрылысы артта қалуда;

- Қаланың орталық аудандарындағы су құбырларын толықтай ауыстыру, 300 мм-ден жоғары су құбырлары апаттық жағдайда.

119 рет апаттық жағдай орын алған 83-і 2010 жылы (107-сі 2009 жылы). Бір тәулік ішінде апаттық жағдайды қалпына келтірді.

Ведомствалық бағдарлама бойынша мемлекеттік санитарлық қызмет су сапасын тексеру барысында мақұлданды. Ішек инфекцияларының алу мақсатында шаралар құрастырылды, іш сүзегі. МҚК «Холдинг Алматы Су» 2012 жылға алдын алу жобалары мен тазарту жүйелерін ұсынды. Берілген шаралар жоспары 100 пайызда жүзеге асты. Қала тұрғындарын ауыз сумен қамтамасыз ету нормаға сәйкес.[3]

2012 жыл бойынша 24 штраф санитарлық қызмет бұзылысына жіберілді, 15 предписание, 3-үі сотқа, 4 адам уақытша жұмыстан шектетілді. Қалалық және аудандық әкімшілікке 13 ақпарат жіберілді.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- 1 Неменко Б. А. Коммунальдық гигиена. Су және сумен қамтамасыз ету гигиенасы. – Алматы: Ғылым, 2004. – С. 18-76
- 2 СанПиН (2.1.4.559 – 96). Гигиенические требования к качеству воды централизованных систем питьевого водоснабжения. Контроль качества. – М.: 1996. – С. 11-19
- 3 ҚР Кодексі «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі». 145 – бап. Санитариялық – эпидемиологиялық талаптар. – Алматы: 2012. – С. 83-84

ГODOBOЙ КОНТРОЛЬ ВОДНЫХ ОБЪЕКТОВ ГОРОДА АЛМАТЫ

Резюме: Общие условия водных объектов по г. Алматы оцениваются как удовлетворительными.[1.2] Защита подземные и поверхностные воды от загрязнения, мероприятия по утилизации выбросов. По данным годового отчета городские сооружения питьевой воды считаются стабильными и удовлетворительными.[3]

Ключевые слова: открытие водоемы, насосное откачивание, водные магистрали, организованные выбросы

Resume: General conditions of water bodies in the city of Almaty is satisfactory.[1.2] Protection of groundwater and surface water pollution, measures for disposal emissions. According to the annual report of the urban construction of drinking water are considered stable and satisfactory.[3]

Keywords: open water, pumping, waterways.

УДК 614.66-07.618-0.99

У.И. КЕНЕСАРИЕВ, А.Т. ДОСМУХАМЕТОВ, М.И. КЕНЕСАРИНА, А.А. БАЙМУХАМЕДОВ

Жалпы гигиена және экология кафедрасы

С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медициналық университеті

ҚАРАШЫҒАНАҚ КЕН ОРНЫНДАҒЫ АТМОСФЕРАЛЫҚ АУАНЫҢ ЛАСТАНУЫНЫҢ ӘСЕРІНЕН ТҰРҒЫНДАР ДЕНСАУЛЫҒЫНА ӘКЕЛЕТІН ҚАУІП-ҚАТЕРДІ ЕСЕПТІ БАҒАЛАУ

Берілген мақалада Қазақстан Республикасының мұнай кен орыны аймақтарындағы (ҚМГККО мысалында) өнеркәсіп орындарында атмосфералық ауаға шығарылған тастамаларына, жаңа әдіснамалық зерттеу тәсілімен талдау жүргізу үлгісі келтірілген.

Түйінді сөздер: атмосфералық ауа, санитарлық-қорғау аймағы, қауіп – қатерді бағалау, канцерогенді және канцерогенді емес қауіп - қатерлер

Адам денсаулығына қауіп - қатерді бағалау әдісі, қазіргі таңда дүние жүзі бойынша қарқынды дамып келе жатқан бағыттардың бірі болып отыр [1-5]. Болжаудағы негізгі артықшылықтың бірі, - ластанған қоршаған ортаның тұрғындар денсаулығына зиян келтірудегі нақты әрі дереу моделдеу жағдайдағы болжау мүмкіндігі[6].

Соңғы жылдары қауіп-қатерді бағалау әдістемесін қолдануды тәжірибие жүзінде Ресей Федерациясының (РФ) өнеркәсіп кешендеріндегі СҚА көлемін негізге ала отырып, көпшілікке таныстырылды. Зерттеу жұмыстары кезінде қауіп-қатерлерді бағалау әдістемесінің артықшылығының бірі, - химиялық қосындылардың басымдылығының пайда болуын анықтаған кезде, ірі өнеркәсіп объектілерінде орналасқан аймақта, атмосфераны ластауға бейім екендігі атап көрсетіледі. Бұдан басқа, қауіп-қатерді бағалау шаралары кезінде моделдердің артықшылықтары мен кемшіліктері және шынайы мәліметтер көрсетілген. [7-11].

Қазақстан Республикасының санитарлы заңдылықтарында және Сан Н мен Е жаңадан шыққан редакциялық талаптарында СҚА қажетті көлемін негіздеу кезіндегі қауіптілікті бағалау әдістемесін қолдануының қажеттілігі өзінің көрінісін тапты. Осыған орай, Қарашығанақ мұнай газ конденсат кен орнының (ҚМГККО) санитарлы-қорғау аймағының есептік негізін жасау мақсатында, тұрғындардың денсаулығына қауіптілікті бағалау тәсілімен зерттеуді қайта жүргізу қажеттілігі туып отыр.

ҚМГККО аймағында тұратын адамдардың денсаулығына әсер ететін қауіп-қатерді бағалау, атмосфералық ауадағы химиялық заттардың ЖШС «ҚПО Б.В.» (Қарашығанақ Петролеум Оперейтинг) бөлінетін барлық тастамалардың құрамы бойынша жүргізілді. Аталған іс шараға бастапқы материалдар «2011-2015 жж. ШРЕК ҚМГКМ жобасының нормативі» кәсіпорынның берген мәліметтері пайдаланылды.

Ең негізгі бағалауға жататын ластағыш заттардың және басымдылығы жоғары заттардың шығатын жерін анықтау үшін, ҚМГККО өндірісінің атмосфералық ауаға шығаратын зиянды заттарының инвентаризациясы бойынша мәліметтер қаралды. Мәліметерді қараудағы басты мақсат –потенциалды зиянды факторлар мен басымды заттарды атап көрсету.

Жалпы алғанда, «ҚПО Б.В.»ЖШС өндірістік кешенінің ауаға шығарылған 51 (сонымен қатар, 7 канцероген) заттары туралы мәліметтер толықтай зерттеліп, сараптан өтті. Ивентаризациялық бланкіге сәйкес ЖШС «ҚПО Б.В.» кәсіпорынның ауаны ластағыш заттар шығатын жерінің саны 272 құрайды, соның ішінде 164 ұйымдық және ұйымдық емес болып табылады.

«ҚПО Б.В.» ЖШС өндірістік кешенінің ауаға шығарып тастаған химиялық ластағыш заттарының көлемі золповой және штаттық тәртіпті қалыпта төмен екендігі анықталды. Осы себептерге байланысты зерттеу жұмыстарының міндеттері нақтыланды. Сонымен бірге, мақсаттылықты көздейтін әдістемеге сәйкес алдын ала скринингті бағалау жұмыстарын жүргізу қажеттілігі туындап отыр. Мұндай бағалау жұмыстары зерттеу процессі кезінде алынған шектеулі мәліметтер негізіндегі қауіптілік мінездемесінің жедел түрін білуге мүмкіндік береді. Осыған орай скринингті баға беру, қауіп-қатердің қорытындысы бойынша ҚМГККО аймақтарында барлық табиғи канцерогендердің жеке түрлеріндегі қауіптілік кемінде $1 \cdot 10^{-6}$ құрайды (қолайлы деңгей). Канцерогенсіз заттардың көбісінің концентрациясы референтті (қауіпсіз) әсер ету деңгейіне қарағанда әлде қайда төмен (қауіпті коэффициентінің үлкендігі $HQ \leq 0,1$ болуы қате). Сондықтан, экспозиция мен қауіп-қатер есептелмеген.

Қорытынды тізімнің басымды заттар тізіміне 4 зат (кесте 1) кірген. Олар: (азот оксиді, азот диоксиді, күкіртті диоксид, көміртек оксиді).

Кесте 1 - ҚМГККО өлкесінің басты ластағыштары

№ п/п	Код	Заттардың атауы	CAS	ШРЕК, т/ жыл	ШРЕКсс	Референттің шоғырлануы	HRI салыстырмалы қауіп-қатерінің индексі	Канцерогенді емес амалдардың дәрежесі
1.	0330	Диоксид күкірттері	7446-09-5	9857,43	0,05	0,05	985742,5	1

2.	0301	Диоксид азоты	10102-44-0	2340,84	0,04	0,04	234084,1	2
3.	0304	Азот оксид	10102-43-9	403,2	0,06	0,06	40319,97	3
4.	0337	Көміртегі оксид	630-08-0	3070,01	3	3	3070,01	4

Сонымен бірге, көрсетілген заттардың басымды тізім қатарына енгізілуінің басты себебі, ол меншікті салмақтың жоғары деңгейде болуымен қатар атмосфераға барлық залалды заттардың шығарылған мөлшері 87,4%дейін барғандығына байланысты (кесте 1). Оларда, тіпті басымдылықты сұрыптау критерііне сәйкес жедел және созылмалы ингаляциялық әсер ету үшін референтті концентрациясы болды.

Мұндай маңызды талданған химиялық қосындылар тізімінің тарылуы кезінде, қорытындыланған ауқымды қауіптілігінің, лезде бұрмалануына әкеліп соғуы мүмкін. Ал, мұндай әрекеттердің кесірінен қауіптіліктің көзін рангілеу бойынша қорытынды жұмыстарын жасаған кезде, нәтижесі қате болуы ақиқат. Мұндай, қауіптілікті идентификациялау кезеңінің белгісіз күйде қалуының себебі, қауіптілікті есептеуге арналған материалдар СҚА

есептеу деңгейінде ғана ұсынылған (берілген ыдырауды моделдеу), ал берілген ыдырау моделін ұстап тұру үшін, шынайы концентрациялық өлшеу жасалмаған.

Бағалау тәуелділігі деңгейінде «доза/концентрация жауап» барлық гигиеналық норматив мәліметтер мен қауіпсіз әсер ету деңгейлері және (референтті мөлшер мен концентрациясына) қауіпті мүшелермен жүйелердің зиянды әсерлеріне анализ жасалып, қорырытынды жасалынды. Сонымен қатар, аймақтарда табылған басымды ластағыштар ішінен оксид азотоксиді және күкірт диоксидтері тыныс алу жолдарына жағымсыз әсер беру қасиетіне ие екендігі дәлелденген. Ал, көміртек тотығы әсерінен, жүрек қан тамырлары жүйесінің ауруларына әкеліп соқтыратындығы анықталған. (кесте 2).

Кесте 2 –Канцерогенді емес ластанудан денсаулыққа жағымсыз әсер етулер

Ластаушылар	Денсаулыққа әсер ететін санының сипаттамасы	Басқа да болатын әсерлер
Көміртектің тотығы (CO)	«Жүрек ұстамасы» диагнозы ауруымен госпитализацияланған адамдардың саны Баспа ауруларының дамуының уақытын қысқарту	Түрлі жүрек-қан тамырлары аурулары Дене құрылысының өсіп-жетілуінің баяулауы
Азот оксиді (NO _x)	Респираторлы аурулар	Өкпе функциясының төмендеуі Өкпенің қабынуы Ағзаның өзгеріске ұшырауы
Күкірттің қос тотығы (SO ₂)	Респираторлы аурулардың үйлесуі мен пульмональды функцияның өзгерісі	Баспа ауруларымен ауырмайтын адамдардың респираторлы аурулар

Дереккөз: 1970 дан 1990 жылдарда АҚШ таза ауа туралы Заңның қабылдануына байланысты оның шығындар мен табыстар. (UnitedStatesEnvironmentalProtectionAgency.1997. The Benefits and Costs of the Clean Air Act, 1970 to 1990. Washington, D. C.)

Аймақтағы тұратын тұрғындардың ағзасына басымды химиялық заттардың, санау бойынша орташа жылдық және түрлі максималды концентрациясына қарай мөлшерді экспозициялық есептеу кезеңімен бағалау. Сонымен бірге, атмосфералық ауаға тасталатын басымды ластағыш заттардың максималды жылдық орташа концентрациясының референтті деңгейі ұлғаймайтыны дәлелденгенін айта кету керек. Ағзаға түскен мөлшер аймақтағы тұрғындардың денсаулығына ешқандай да қауіптілік туғызбайды.

Қорытынды кезеңде, алдыңғы қауіп-қатерді бағалау кеңеңінде алынған ақпараттың интегралдану негізін есепке ала отырып, қауіп-қатер деңгейінің анықталғанын

көреміз.(3). Өндірістік алаңдардан тыс жерлерде басымды созылмалы әсер еткіш заттардың жағдайындағы канцерогенді емес әсерлердің коэффициенті қауіптілігінің дамуы 0,1 ден жоғары болмайтыны анықталды. Демек, барлық басымдылықтан болатын созылмалы ингаляциялық қауіптің маңыздылығы төмен деп қарастырылады. Таңдалған заттардың жедел әсер ету жағдайында зиянды әсерлердің қауіптілігі минималды деңгейден жоғары болғандығын, есептелген қауіптілік индексі (кесте 3) көрсетеді. Бірақ, олар қауіпті әсер ету деңгейінен төмен болып шықты (HQ<_1,0).

Кесте 3 – ҚМГККО аймақтардағы канцерогенсіз ингаляциялық қауіптіліктің мінездемесі, (HQ)

Канцерогенді емес қауіп-қатерлердің мінездемесі	Химиялық қауіпті заттардың коэффициентінің есебі, HQ				Жинақталған HI Тыныс алу мүшелеріне әсер ету бағыты бойынша (бағананың соммасының мағынасы 2,3,4)
	Диоксидтің азоты (NO ₂)	Азоттың оксиді (NO)	Диоксидтің күкірті (SO ₂)	Оксидтің көміртегі (CO)	
1	2	3	4	5	6
Созылмалы ингаляциялық қауіп-қатер	0,02	0,002	0,075	0,0005	0,1
Өткір ингаляциялық қауіп-қатер	0,25	0,1	0,1	0,0003	0,36

Регламент	HQ ≤1,0
-----------	---------

Сонымен бірге, СҚА жобалық мөлшерін өңдеу кезінде қауіптіліктің мінездемелеу деңгейінде белгісіздіктің пайда болуы, ыдыраулар (қате байланысқан аппроксимациялық үрдісіне байланысты қателер, ақымдылықтың сәйкес келмеу қателігі, агрегация моделінің қателіктері және т.б.) моделінің құрылымымен байланысты деп тұжырымдауға болады. Тіпті, одан да басқа есептік концентрациялар шынайы өлшеулермен байланысы жоқ. Мұның барлығы шынайы зерттеулердің бір жылдық (объектіні толық қарқынында қосқанда) циклінің қорытындысын негізге ала отырып, қауіптілікті бағалау бойынша (Сан Н мен Е жаңа редакциясына сәйкес) қосымша зерттеулерді жүргізуді талап етеді. Мұндай зерттеулер, ең үлкен әсерлермен жалпы айқындалмаған жақтарын төмендетеді.

Қауіптілікті бағалауды есептеу деп аталатын жұмысқа жүргізілген зерттеулердің қорытындысы бойынша «КПО б.в.», ЖШС өндірістік кешенінің тастамаларының канцерогенді қауіптілігі, тұрғындардың денсаулығына әсері $1 \cdot 10^{-6}$ -ден төмендеу болып шықты (қолайлы деңгейден төмен), ал кен орындарындағы созылмалы канцерогенді емес қауіптіліктің деңгейі, қолайлы деңгейіне (HQ<1) сәйкес келеді. Қорытындылағанда, зиянды химиялық заттардың тұрғындардың денсаулығына әсер ету қауіптілігі ҚМГККО СҚА есептік шекарасынан шықпаған, барлық аймақтарында қолайлы деп бағаланды. Бұл өз кезегінде зерттеліп отырған аймақтардағы қауіптілікті төмендету бойынша басқарушылық шешімдерді қабылдауды қажет етпейді.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- 1 Авалиани С.Л., А.А.Голуб, Н.Г.Давыдова, Е.Б.Струкова, Г.В.Сафонов. Управление окружающей средой на основе методологии анализа риска. Учебное пособие. – М.: 2006. – 186 б.
- 2 Юань, А. Ч.-А. Актуальные вопросы организации санитарно-защитных зон промышленных предприятий и иных объектов в Российской Федерации / А. Ч.-А. Юань. Гигиена и санитария. — 2004. - №2. - Б.17-18.
- 3 Оценка вклада выбросов автотранспорта в интегральную характеристику риска загрязнений воздушной среды / С.Л. Авалиани и др. // Гигиена и санитария. - 2002. - № 6. — Б.21-25.
- 4 Петров, А.Н. Оценка риска здоровью при определении степени санэпидблагополучия населения / А.Н. Петров, А.М. Жилияков, М.В. Дружинин // Гигиена и санитария. - 2006. - № 1. - Б.49-50.
- 5 Рахманин, Ю.А. Приоритетные направления и критерии оценки загрязнения окружающей среды / Ю.А. Рахманин, Н.В. Русаков // Гигиена и санитария. - 2003. - № 6. – Б.14-16.
- 6 Оценка риска здоровью от приоритетных выбросов Новолипецкого металлургического комбината / В.А. Кислицин и др. // Гигиена и санитария. - 2006. - № 5. – Б.98-100.
- 7 Ингаляционный риск от воздействия выбросов промышленных предприятий Магнитогорска / А.Г. Уралын и др. // Гигиена и санитария. - 2007.-№3. – Б.15-18.
- 8 Использование методологии оценки риска на этапе обоснования выбора земельного участка при размещении промышленных предприятий / Л.А. Перминова и др. // Гигиена и санитария. - 2009. - №4. - Б.91-93.
- 9 Канцерогенный риск для населения, проживающего в районах размещения тепловых и атомных электростанций / Л.А. Ильин и др. // Гигиена и санитария. - 2002. - № 6. – Б.11-14.
- 10 Комплексные вопросы управления риском здоровью в решении задач обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия на муниципальном уровне / Н.В. Зайцева и др. // Гигиена и санитария. -2007. - №6. – Б.16-18.
- 11 Курляндский, Б.А. Методология оценки риска в аспекте современных тенденций управления химической безопасностью / Б.А. Курляндский // Гигиена и санитария. - 2002. - №6. – Б.25-27.

РАСЧЕТНАЯ ОЦЕНКА РИСКА ЗДОРОВЬЮ НАСЕЛЕНИЯ ОТ ВОЗДЕЙСТВИЯ ЗАГРЯЗНЯЮЩИХ ФАКТОРОВ ЗАГРЯЗНЕНИЯ АТМОСФЕРНОГО ВОЗДУХА НА КАРАЧАГАНАКСКОМ МЕСТОРОЖДЕНИИ

Резюме: В данной статье обобщены эффективности преимущества методологии оценки риска при выявлении приоритетных химических соединений и их источников, формирующие загрязнение атмосферного воздуха в зоне влияния крупных промышленных объектов.

Ключевые слова: атмосферный воздух, санитарно-защитная зона, оценка риска, канцерогенные и неканцерогенные риски.

HUMAN HEALTH RISK ASSESSMENT OF FACTORS OF AIR POLLUTION IN THE KARACHAGANAK FIELD

Resume: This paper summarizes the performance benefits of risk assessment methodology for identifying priority chemicals and their sources, forming air pollution in the zone of influence of large industrial facilities.

Keywords: air, sanitary protection zone, risk assessment, carcinogenic and non-carcinogenic risks.

УДК 61:796/799. ВАК 14.00.00, 13.00.04.

Г.П. КАСЫМОВА

Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова

**СОСТОЯНИЕ СЕКСУАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ И ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСА
ДЕЙСТВУЮЩИХ СПОРТСМЕНОВ**

Использование современных информативных методов исследования и разработанных клиничко-гормональных критериев позволяют оптимизировать реабилитационные мероприятия среди действующих спортсменов. В свою очередь, тренировочно-соревновательные нагрузки следует рассматривать как состояние постоянного психо-эмоционального напряжения, способствующего дезорганизации регулярных механизмов гормональной системы и обуславливающую гиперандрогению.

При этом, врачебный контроль за состоянием здоровья спортсменов и медицинское обеспечение тренировочных занятий, и соревнований является залогом сохранения сексуального здоровья действующих спортсменов.

Результаты многочисленных отечественных и зарубежных исследований раскрывают проблему своевременной коррекции функций гонад у спортсменок всех возрастных групп. Важность данной проблемы обусловлена тем, что возникшие в пре- и пубертатном периоде нарушения менструальной функции зачастую остаются и в репродуктивном периоде. В то же время предупреждение, своевременное выявление и лечение заболеваний половой системы у юных спортсменок – будущих матерей является одним из эффективных средств ранней профилактики акушерской и гинекологической патологии и у их потомства [1-3].

При изучении частоты осложнений беременности у спортсменок различных специализаций, нами выявлена наименьшая частота осложнений беременности среди представительниц игровых видов спорта – волейбол, баскетбол, гандбол (33,3%), хоккеисток и футболисток (38,6%).

Вместе с тем, у более половины женщин, занимающихся гимнастикой (55,2%) и плаванием (52,2%) также отмечены осложнения беременности. Осложнения беременности у легкоатлеток составляют 48,6%, дзюдоисток и самбисток – 40,8%. В целом, в каждой из указанных специализаций частота осложнений беременности несколько ниже, чем в группе женщин, не занимающихся спортом (77,0%).

Токсикозы I и II половины беременности у спортсменок по отдельным специализациям выявлены меньше, чем у не спортсменок. Однако, высокая частота токсикозов I половины беременности имеет место у женщин, занимающихся плаванием (17,9%), хоккеем, футболом (16,4%), легкой атлетикой (16,1%), гимнастикой (16,0%). У спортсменок чаще имеют место токсикозы I половины. Токсикозы I и II половины беременности чаще встречаются у не спортсменок, чем у представительниц различных спортивных специализаций. Частота токсикозов во II половине беременности по отдельным видам спорта составляет от 3,9% до 6,0%. Причем частота токсикозов во II половине беременности по сравнению с частотой токсикозов I половины сократилась по спортивным специализациям следующим образом: в легкой атлетике – в 2,7 раза, в плавании – 4,4 раза, в игровых видах спорта (волейбол, баскетбол, гандбол) – в 2,6 раза, в гимнастике – в 3,5 раз, в дзюдо, самбо – 3,9 и в хоккее, футболе – в 5,8 раз.

Угроза выкидыша характерна для гимнасток (23,3%), пловчих (19,7%) и легкоатлеток (17,1%). Очевидно данный факт объясняется тем, что спортсменки продолжают

тренировочные занятия и участвуют в соревнованиях, имея беременность, и не ставя в известность тренеров или желают участвовать в ответственных соревнованиях, к которым готовились долгое время.

Следует отметить, что в группе спортсменок также встречаются осложнения беременности, причем наибольшая частота зарегистрирована в таких спортивных специализациях, как гимнастика (55,2%), плавание (52,2%) и легкая атлетика (48,6%). Различия между отдельными спортивными специализациями и контрольной достоверны ($p < 0,05$).

Нами выявлены, что 52,6% спортсменок фертильного возраста страдают первичным бесплодием, нарушение сексуальной функции зарегистрированы у 54,8%.

При исследовании частоты бесплодия у спортсменок различных спортивных специализаций, показан высокий уровень бесплодия среди гимнасток и акробаток (78,5%), пловчих (68,2%). Достаточно высокие показатели бесплодия отмечены среди спортсменок – представительниц игровых видов спорта (54,6%), фигуристок (50,2%), легкоатлеток (43,8%), дзюдоисток, самбисток (37,8%) и хоккеисток, футболисток (35,1%), что значительно выше показателя бесплодия у женщин, не занимающихся спортом в контрольной группе (10,4%), $p < 0,05$.

Среди причин бесплодия выявлены перенесенные воспалительные заболевания половых органов (трубный фактор), эндокринные расстройства и гинекологические заболевания, имеющиеся при обследовании. У не спортсменок ведущей причиной бесплодия явились перенесенные воспалительные заболевания половых органов (40,0%), так же как у женщин, имеющих систематические тренировочные нагрузки по легкой атлетике (48,0%) и плаванию (56,0%). Эндокринная форма расстройств (расстройств овуляции) в большей степени встречались при занятиях женщин художественной и спортивной гимнастикой, акробатикой (48,6%) и фигурным катанием (38,6%). Одновременно с этим, наличие гинекологических заболеваний – одно из ведущих причин бесплодия у спортсменок, занимающихся дзюдо, самбо (47,0%), баскетболом, волейболом, гандболом, хоккеем и футболом (44,0%), $p < 0,05$.

Как высокий уровень бесплодия у спортсменок в целом, так и высокие показатели по отдельным причинам (трубный фактор, эндокринные расстройства и наличие гинекологических заболеваний) отражают негативное влияние систематических физических нагрузок на их

сексуальную функцию. Особенно обращает на себя внимание высокий уровень осложнений беременности – 55,2% и значительный уровень бесплодия – 78,5% среди гимнасток и акробатов.

Вместе с тем, нами выявлено, что наиболее частой патологией в родах среди спортсменок является слабость родовой деятельности (СРД), которая в большей степени отмечается в группе гимнасток и акробатов (26,9%), что позволяет предположить в качестве ведущей причины – узкий таз, встречающийся у 85,7% гимнасток. СРД зарегистрирована у 20,0% баскетболисток, волейболисток и гандболисток. Несколько реже данная патология встречается у женщин, занимающихся дзюдо и самбо (16,6%), хокеем, футболом (15,7%), легкой атлетикой (12,2%), плаванием (8,6%), в то время, как у женщин, не занимающихся спортом данный показатель равен 7,1%.

При изучении сексуального здоровья спортсменок важное значение принадлежит исследованию медико-социальных аспектов аборта. Раннее начало половой жизни больше присуще юным спортсменкам нежели девушкам, не занимающимся спортом, о чем свидетельствует преобладание абортос среди спортсменок (19,0%) по сравнению с не спортсменками (8,5%), $p < 0,05$ в возрасте 14-17 лет. Данному обстоятельству способствует ранний выход спортсменок из-под опеки родителей, проживание в общежитии колледжей спорта, выезды на соревнования. Среди причин абортов в данной возрастной группе преобладают: низкая осведомленность о гигиене половой жизни и незнание методов контрацепции – 63,5% и 72,0%, нежелание иметь ребенка – 30,0% и 21,2%, соответственно, в группе спортсменок и не спортсменок.

Соотношение количества абортов среди взрослых спортсменок и не спортсменок 23-30 лет соответствует 27,4% и 28,7%. В структуре причин абортов имеются почти идентичные факторы: материальное неблагополучие (24,5% и 24,7%), жилищное неустройство (27,8% и 27,9%), нежелание иметь ребенка (14,5% и 20,6%), достаточное количество детей (6,1% и 10,4%). Также следует указать медицинские показания к прерыванию беременности, которые в группе не спортсменок составили 7,5%, а в группе спортсменок – 8,5%, то есть при анализе причин абортов выявлена закономерность влияния систематических занятий спортом на генеративную функцию спортсменок, в частности, на невозможность иметь детей в большей степени, чем не спортсменки.

Значительная роль в генезе патологических состояний у спортсменок (бесплодие, своеобразный характер осложнений беременности, нарушение сексуальной функции) принадлежит гормональным расстройствам, которые встречаются у женщин с данной патологией в 23,0%-71,4% случаев. Среди гормональных причин нарушений репродуктивной функции важная роль принадлежит гиперандрогении – патологическому состоянию, обусловленному изменением биосинтеза, секреции и метаболизма андрогенов в организме женщины. Частота восстановления генеративной функции при гиперандрогении остается низкой и не превышает 40,0% среди бесплодных женщин [4].

Вместе с тем, нами при проведении гинекологического обследования помимо исследования гормонов 17-КС (17-кетостероиды), Т (тестостерон), 17-ОП (17-Л-гидроксипрогестерона), концентрации ЛГ (лютеинизирующего гормона), пролактина и ДЭА (дегидроэпиандростерона), свидетельствующих о

количестве и качестве андрогенов в организме, определен характер оволосения на избирательных участках тела женщин, нередко сопутствующих гиперандрогении и являющееся дополнительным признаком развития метаболических нарушений. В связи с этим, было обращено внимание на время появления избыточного оволосения (до или после менархе), характер оволосения, подсчет гирсутного числа, характеризующего степень оволосения, по шкале Ферримана-Голлвея, которая учитывает локализацию оволосения в 11 областях тела и степень ее выраженности в каждой области с оценкой в баллах от 0 до 4. Определение степени оволосения по шкале Ферримана-Голлвея предусматривает оценку в 11 областях тела, а именно на 1) верхней губе; 2) подбородке; 3) груди; 4) верхней половине спины; 5) нижней половине спины; 6) верхней половине живота; 7) нижней половине живота; 8) плеч; 9) предплечье; 10) бедре; 11) голени. Определение гирсутного числа проводили по сумме степеней оволосения в указанных областях тела. Мы придерживались общепринятых критериев роста волос на избирательных участках тела здоровых, фертильных женщин при норме 1-7 баллов по шкале Ферримана-Голлвея, показатели от 8 до 12 признаны как пограничное оволосение между нормальным и избыточным и свыше 12 – гиперандрогенным.

Ценную информацию о наличии метаболических нарушений, в частности, о повышении уровня андрогенов, могут дать величина соотношений показателей роста и массы тела – индекс массы тела (ИМТ), вычисляемому как отношение массы тела (в килограммах) к длине тела (в метрах), возведенный в квадрат.

В норме для женщин репродуктивного возраста ИМТ находится в пределах 20-26. ИМТ, равный 26-30 свидетельствует о риске возникновения метаболических нарушений.

При обследовании 130 высококвалифицированных спортсменок в возрасте 23-30 лет, нами обнаружено повышенное гирсутное число у 10,0%, высокий индекс массы тела зарегистрирован только у 3,1%. Повышение уровня трех из шести гормонов: 17-кетостероиды, тестостерон, 17-Л-гидроксипрогестерон, лютеинизирующего гормона, пролактина и дегидроэпиандростерона позволило обнаружить гиперандрогению у 71,9% спортсменок. В структуре отдельных специализаций наибольшее количество спортсменок с гиперандрогенией зарегистрированы среди хоккеисток и футболисток (26,2%), далее повышенный уровень андрогении наблюдается у дзюдоисток, самбисток (20,2%), гимнасток, акробатов (13,9%), пловчих (9,2%), волейболисток, баскетболисток, гандболисток (6,7%), легкоатлеток (5,7%), и на представительниц других видов спорта приходится 18,1%. Наибольшие показатели гиперандрогении отмечены в «мужских» видах спорта, где наиболее выражена маскулинизация фенотипа. Современный спорт характеризуется вовлечением в занятия спортом девочек и девушек, обладающих незаурядной природной силой и выносливостью. В их число, как показывает практика последних десятилетий, могут попадать и лица с женским фенотипом, но генетический пол которых – мужской. Участие таких лиц в соревнованиях по группам женщин противоречит спортивной этике. Все это создало необходимость контроля половой принадлежности (секс-контроля). Секс-контроль с помощью медико-генетической консультации целесообразно проводить уже при первичном диспансерном обследовании.

Использование современных информативных методов исследования и разработанных клиничко-гормональных критериев позволяют оптимизировать реабилитационные мероприятия среди действующих спортсменов. В свою очередь, тренировочно-соревновательные нагрузки следует рассматривать как состояние постоянного психо-эмоционального напряжения, способствующего

дезорганизации регулярных механизмов гормональной системы и обуславливающую гиперандрогению.

При этом, врачебный контроль за состоянием здоровья спортсменов и медицинское обеспечение тренировочных занятий, и соревнований является залогом сохранения сексуального здоровья действующих спортсменов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 5 Beals K.A., Hill A.K. The prevalence of disordered eating, menstrual dysfunction, and low bone mineral density among US collegiate athletes // *Int. J. Sport. Nutr. Exerc. Metab.* – 2006. – Vol. 16. – P. 1-23.
- 6 Castelo-Branco C, Reina F, Montivero A.D, Colodron M., Vanrell J.A. Influence of high-intensity training and of dietetic and anthropometric factors on menstrual cycle disorders in ballet dancers // *Gynecol. Endocrinol.* – 2006. – Vol. 22. – P. 31-35.
- 7 Klentrou P., Ply ley M. Onset of puberty, menstrual frequency, and body fat in elite rhythmic gymnasts compared with normal controls // *Br. J. Sports Med.* – 2003. – Vol. 37. – P. 490-494.
- 8 Калинина Н. А. Гиперандрогенные нарушения репродуктивной системы у спортсменок: автореф. дис. . д-ра мед. наук. – М.: 2004. - 46 с.

Г.П. КАСЫМОВА

СПОРТСМЕНДЕРДІҢ ГОРМОНАЛЬДЫҚ СТАТУСЫ МЕН СЕКСУАЛЬДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ ЖАҒДАЙЫ

Түйін: Заманауи ақпараттық зерттеу әдістері мен клиникалық-гормональдық критерилерді қолдану спортсмендер арасында қайта қалпына келтіру шараларын оңтайландыруға мүмкіндік береді. Өз кезегінде, жаттығушылық-сайыстық жүктемелерді, гиперандрогенияны сабақтатушы және гормоналдық жүйенің тұрақты механизмдерін бәсеңдетуге ықпал ететін тұрақты психо-эмоциональдық күштеме ретінде қарастыру керек.

Сонымен, спортсмендердің денсаулық жағдайын дәрігерлік бақылау және жаттығу сабақтары мен жарыстарды медициналық қамтамасыз ету спортсмендердің сексуальдық денсаулығын сақтаудың бірден-бір кепілі болып табылады.

G. P. KASYMOVA

CONDITION OF SEXUAL HEALTH AND THE HORMONAL STATUS OF ACTING ATHLETES

Resume: Use of modern informative methods of research and the developed clinic and hormonal criteria allow to optimize rehabilitation actions among acting athletes. In turn, training and competitive loadings should be considered as a condition constant psycho and emotional pressure promoting disorganization of regular mechanisms of hormonal system and causing giperandrojeniya. Thus, medical control of health of athletes and medical ensuring training occupations, and competitions is pledge of preservation of sexual health of acting athletes.

ЛЕЧЕНИЕ ВОЗРАСТНОГО АНДРОГЕННОГО ДЕФИЦИТА У БЫВШИХ СПОРТСМЕНОВ ВЫСОКОЙ КВАЛИФИКАЦИИ

Избраны две группы мужчин. Первая – мужчины никогда не занимавшиеся спортом (68 человек), контрольная группа. Во вторую группу включены бывшие спортсмены (70 человек) высокой квалификации, не занимающиеся спортом в течение последних двух лет. Возрастной ценз исследуемых составил 50-79 лет. Спортсмены высокой квалификации имели спортивные специализации: бокс, греко-римская борьба, дзю-до.

Эффективность терапии после приема препаратов, содержащих эфиры тестостерона и андрогеносодержащих гелей, оценивалась по истечению периода 1 года. На фоне повышения уровня тестостерона в крови, наблюдались улучшения настроения, либидо и сексуальной активности уже в первые 30 дней, и поддерживались в течение всего периода терапии. Однако, в группе не спортсменов показатели эффективности проведенной терапии отмечались чаще, чем в группе спортсменов, что по-нашему мнению, связано с дисциплинированностью и более серьезным отношением к сексуальной жизни.

Изучение вопросов, связанных со старением, занимает одно из ведущих мест в современной медицине. Актуальность данной проблемы связана с демографическими изменениями, произошедшими в обществе за последнее столетие – увеличением численности людей пожилого возраста.

Одновременно следует отметить, что у мужчин, по сравнению с женщинами, значительно выше распространенность онкологических и сердечно-сосудистых заболеваний. Продолжительность жизни мужчин Казахстана уступает на 11,5 лет продолжительности жизни женщин. К этому стоит добавить, что высокий уровень потребления алкогольных напитков и табачных изделий приводит к раннему возникновению эректильной дисфункции, негативно влияющей на качество жизни мужчины.

Тем не менее, в мировой практике интерес к проблеме андрогенной недостаточности и методам, направленным на восстановление содержания тестостерона, растет с каждым днем: синтезируются новые препараты, создаются новые формы их введения (пластыри, гели), предлагаются новые медицинские технологии лечения возрастного андрогенного дефицита.

Несмотря на то, что первое сообщение об успешном лечении возрастного андрогенного дефицита («мужского климакса», «андропаузы») тестостерон пропионатом прозвучало в 1940 году [1], в течение длительного времени возможность проведения гормональной терапии андрогенами у мужчин пожилого возраста не обсуждалась среди врачей вследствие широко распространенного лечения «физиологичности» изменений, происходящих с возрастом в мужском организме, а также негативными последствиями применения первых синтетических производных тестостерона.

С появлением новых эффективных и безопасных андрогенных препаратов, а также новых данных о позитивных эффектах андрогенов и значительном вкладе дефицита тестостерона в процесс старения, интерес к заместительной гормональной терапии у мужчин значительно возрос и, в настоящее время наличие возрастного андрогенного дефицита рассматривается как показание для назначения терапии.

Особый интерес вызывает терапия возрастного андрогенного дефицита и его коррекция у бывших спортсменов высокой квалификации.

Тестостерон – основной мужской половой гормон, играющий жизненно важную роль в поддержании многих

функций мужского организма, так как практически оказывает биологическое действие на все его органы и системы. Неслучайно именно тестостерон был назван «гормон королей – король гормонов» [2].

Учитывая, что наряду с андрогенным, антигонадотропным, репродуктивным и психофизиологическим эффектом, тестостерон имеет и анаболический, и препараты тестостерона включены в список допинговых средств, в связи с чем, в период спортивной карьеры спортсмены не имели права их применять, то нас интересовал эффект терапии андрогенами при возрастном андрогеном дефиците спортсменов, закончивших спортивную деятельность.

С этих позиций, избраны две группы мужчин. Первая группа – мужчины никогда не занимавшиеся спортом (68 человек), контрольная группа. Во вторую группу включены бывшие спортсмены (70 человек) высокой квалификации (кандидаты в мастера спорта, мастера спорта Республики Казахстан (РК), заслуженные мастера спорта РК, мастера спорта РК международного класса), не занимающиеся спортом в течение последних пяти лет. Возрастной ценз исследуемых составил 50-79 лет. Спортсмены высокой квалификации имели спортивные специализации: бокс, греко-римская борьба, дзю-до.

В качестве андрогенных препаратов использовались препараты, содержащие эфиры тестостерона длительного действия: сустанон-250, омнадрен-250, небидо, с инъекционным способом введения, а также препараты с неинвазивными формами введения – трансдермальные гели. Прием препаратов продолжался – 1 год. Нами преднамеренно не были выбраны столь актуальные на сегодняшний день препараты, ингибирующие фосфодиэстазу 5 типа (ФДЭ-5), в связи с тем, что данные препараты, несмотря на то, что являются эффективными пероральными препаратами для лечения ЭД и рекомендуются в качестве средств «первой линии», оказывают неординарный эффект на состояние сердечно-сосудистой системы, а также противопоказаны пациентам с гипотензией, с печеночной недостаточностью, с пигментной ретинопатией и других заболеваний, характерных для возрастной группы мужчин 50-79 лет.

Выбор препаратов, содержащих эфиры тестостерона обоснован следующими критериями: пролонгированным действием препаратов, поддержанием концентрации тестостерона в крови в физиологических пределах на протяжении всего периода лечения без патологического

повышения и снижения уровня, инъекционным способом введения.

Использование трансдермальных гелей, содержащих тестостерон, объясняется не только достижением нормального уровня тестостерона через 1-2 часа после нанесения и поддержанием этого уровня в течение 24 часов, но и безболезненностью, неинвазивностью, хорошей переносимостью, нанесением гелей в домашних условиях.

После проведения лечения в обеих группах мужчин по истечению данного периода установлены следующие изменения: в обеих группах отмечены позитивные изменения в отношении сексуального статуса. Результаты лечения оценивались при помощи специальной анкеты.

На фоне повышения уровня тестостерона в крови, наблюдались улучшения настроения, либидо и сексуальной активности уже в первые 30 дней, и поддерживались в течение всего периода терапии, уменьшение раздражительности и утомляемости в сочетании с хорошим самочувствием.

В то же время, частота положительных результатов в группе не спортсменов (контрольная группа) по завершению комплексного лечения отличалась от данного показателя в

группе бывших спортсменов высокой квалификации (основная группа). Получены статистически значимые различия таких параметров, как стремление к сексу (85,2% и 68,9%, соответственно, в контрольной и основной группах), сексуальное взаимодействие с партнером (89,6% и 70,8%, соответственно), ночные (65,5% и 44,8%), и дневные спонтанные эрекции (84,7% и 60,2%) и эрекции в ответ на сексуальную активность (77,6% и 52,6%).

Таким образом, в группе не спортсменов вышеперечисленные показатели медицинской эффективности отмечались чаще, чем в группе спортсменов, что по нашему мнению, связано с дисциплинированностью выполнения процедур приема препаратов и использования специализированных гелей, значительно меньшим количеством постоянных половых партнеров, и беспорядочных связей, более серьезным отношением к сексуальной жизни, более низким уровнем заболеваний, передающихся половым путем у не спортсменов, по сравнению с бывшими спортсменами, что необходимо принимать во внимание при лечении эректильных дисфункций у специализированного контингента, которым являются бывшие спортсмены.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Snyder P.J, Peabey H., Hannoush P., Berlin J.A. et al. Effect of testosterone treatment on body composition and muscle strength in men over 65 years of age // J. Clin. Endocrinol. Metab. - 1999 Aug. – Vol. 84(8). – P. 2647-2653.
- 2 Каррузерс М. Революция тестостерона / Пер. с англ. Н.В. Савич. – М.: ИД МЕД ПРАКТИКА, 2005. – 224с.

Г.П. КАСЫМОВА

ЖОҒАРЫ БІЛІКТІ СПОРТСМЕНДЕРДЕГІ ЖАСТЫҚ АНДОРГЕНДІК ЖЕТКІЛІКСІЗДІКТІ ЕМДЕУ

Түйін: Зерттеуге ерлерден тұратын екі топ алынды. Бірінші топты, яғни, бақылау тобын спортпен ешқашанда айналыспаған ерлер (68 адам) құраса, екінші топты соңғы екі жыл ағымында спортпен айналыспаған, жоғары білікті спортсмендер (70 адам) құрады. Зерттеушілердің жастық көрсеткіші 50-75 жасты құраған. Жоғары білікті спортсмендердің бокстан, грек-рим күресінен, дзю-до-дан спорттық мамандықтары болды.

Препараттарды қабылдау 1 жыл бойы жалғасты. Қандағы тестостерон деңгейінің жоғарылау фонында көңіл күйлерінің жақсаруы, алғашқы 30 күнде либидо мен сексуалдық белсенділігінің артқандығы байқалды және терапия кезеңінің барлық ағымында сақталынды. Дегенмен, бұл көрсеткіш спортсмендер тобына қарағанда, спортпен айналыспаған ерлер арасында жиі анықталынды. Біздің ойымызша, бұл тәртіптілікпен байланысты.

G.P. KASYMOVA

TREATMENT OF AGE ANDROGENIC DEFICIENCY OF THE FORMER ATHLETES OF HIGH QUALIFICATION

Resume: Two groups of men are elected. The first – men never going in for sports (68 people), control group. The former athletes (70 people) are included in the second group of the high qualification, not going in for sports during the last two years. The age qualification of the investigated made 50-79 years. Athletes of high qualification had sports specializations: boxing, Greco-Roman wrestling, judo.

The administration of drugs proceeded – 1 year. Against increase of level of testosterone in blood, improvements of mood, a libido and sexual activity in the first 30 days were observed, and supported during the whole period of therapy. However, in group of not athletes above-mentioned indicators were noted more often than in group of athletes that is connected with discipline.

удк 796/799(063)

Р.А. СЕМБАЕВА

ЦЕНТР СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ И РЕАБИЛИТАЦИИ

СПОРТИВНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ ПРОФИЛАКТИКИ ТРАВМ И ЗАБОЛЕВАНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА В ТАЕКВОНДО

В профилактике спортивного травматизма должны активно участвовать не только врачи, но и тренер. Для этого необходимо хорошо знать особенности, основные причины и условия, способствующие возникновению различных травм. Эти знания необходимы и спортсмену.

Ключевые слова: Перелом, Вывих, Рана, Спортивная травма, Патологический процесс, Утомление

Таеквондо – относится к восточным единоборствам. Корейский национальный спорт и наиболее популярная форма корейских боевых искусств. В 1992 году таеквондо стало олимпийским видом спорта. Учитывая специфику спорта у спортсменов, чаще всего травмируются нижние конечности (в среднем 50%), далее по частоте травм следует голова (25%), верхние конечности (20%), спина (5%). Самыми частыми травмами являются ушибы, растяжения, вывихи, ссадины, раны, носовые кровотечения и сотрясения мозга. Возможны также и переломы. В этиологии спортивных травм различают внешние и внутренние факторы.

Внешние факторы: недочеты и ошибки в методике проведения занятий; недостатки в организации проведения тренировок и соревнований; не соблюдение техники выполнения упражнений; неполноценное материально-техническое обеспечение учебно-тренировочного сбора; неблагоприятные гигиенические и метеорологические условия; неправильное поведение спортсменов; нарушение врачебных требований к организации процесса тренировки. Внутренние факторы: несоответствие уровня физической, технической, психоэмоциональной подготовки спортсмена поставленным задачам; особо опасны продолжение занятий при наличии у спортсмена

процессов утомления и переутомления или патологического процесса; изменения функционального состояния отдельных систем организма спортсмена, вызванные перерывом в занятиях в связи с заболеваниями или другими причинами. Профилактика спортивного травматизма – это комплекс организационно-методических мероприятий, направленных на постоянное совершенствование организационно-методических принципов многолетней подготовки спортсменов. Меры профилактики травм в таеквондо: строгое выполнение всех требований методики выполняемых упражнений; обеспечение полноценной разминки; разработка рациональной системы упражнений самостраховки (тренировать навыки блокирования во время оборонительных и наступательных действий); обязательное присутствие на тренировке ответственного лица (тренера); соблюдение гигиенических нормативов; воспитательная работа (борьба с недисциплинированностью); строгое выполнение врачебных требований, повышение медицинской грамотности тренеров и спортсменов; использование полного спектра защитной экипировки (шлем, перчатки, щитки, протектор, капа); полное залечивание старых травм.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 П.А.Ренстром «Спортивные травмы». - 2003 год. - С 183-184.
- 2 В.Л.Карпман «Спортивная медицина». - 1987 год. – 227 с.
- 3 А.Г.Дембо «Заболевания и повреждения при занятиях спортом». - 1991 год. - С 304-305.
- 4 Г.А.Макарова «Спортивная медицина». - 2002 год. - С 404-465.
- 5 В.И.Дубровский «Спортивная медицина». - 2002 год. – 190 с.

ТҮЙІН: Спортта жарақат алған спортшыларды алдын ала емдеу үшін, оған дәрігерлермен жаттықтырушылардың көмегі болу керек. Бұл үшін әрбір жарақаттың болған себебімен жағдайын білу және осы білімді спортшыларға білген жөн.

Түйінді сөздер: сынық, буының шығу, жара, спорттық жарақат, шаршағындық, патологиялық процесс,

Resume: In the prevention of sports injuries must take part not only doctors and even a coach. It is necessary to know peculiarity, main causes and conditions, contributing origin of different injuries. These knowledges are necessary for sportsman.

Keywords: fracture, dislocation, wound, trauma, fatigue, pathogenic process.

Р.А. СЕМБАЕВА

ЦЕНТР СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ И РЕАБИЛИТАЦИИ

МЕДИЦИНСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ СОРЕВНОВАНИЙ

Соревнование – важное звено в системе подготовки спортсменов. Результаты соревнований отражают эффективность учебно-тренировочного процесса. Участие в соревнованиях предъявляют организму спортсмена максимальные требования, поэтому охрана здоровья участников соревнований особенно важна. При нарушении правил соревнований или несоответствии условий их проведения принятым нормам, врач обязан немедленно поставить в известность организаторов соревнований и принять необходимые меры, вплоть до снятия участников или отмены соревнований.

Ключевые слова: Врачебно-физкультурный диспансер, Соревнование, Контроль, Здоровье, Медицинское обследование, Профилактика

За определённое время до начала соревнования их организаторы подают соответствующую заявку во врачебно-физкультурный диспансер или органы здравоохранения, которые ответственны за медицинское обслуживание данных соревнований. На любых соревнованиях по видам спорта, сопряжённых с возможностью травматизма либо с особенно большой нагрузкой на организм присутствие врача обязательно. В остальных видах спорта на соревнованиях коллективов физкультуры можно ограничиться дежурством среднего медицинского персонала. Крупные многодневные и комплексные соревнования с большим числом участников обслуживает бригада врачей, возглавляемая главным врачом соревнования. Главный врач входит в состав судейской коллегии. Все его решения обязательны для участников, судей и организаторов соревнований. Медицинское обеспечение соревнований складывается из следующих основных разделов:

Участие в работе мандатной комиссии. При проверке документации по допуску спортсменов к соревнованиям врач контролирует правильность оформления заявок, их соответствие установленным формам и требованиям. В заявочном листе должны быть указаны возраст и квалификация каждого участника, вид соревнований, к которым он допускается, заключение врача о допуске, данное не позднее, чем за 10 – 15 дней до начала соревнований. Подпись врача и печать медицинского учреждения должны стоять у фамилии каждого участника. Спортсмены, не имеющие допуск врача, к соревнованиям не допускаются.

Контроль за санитарным состоянием мест соревнований, размещения и питания участников. До начала соревнований врач вместе с работниками СЭС подробно знакомится с санитарно-гигиеническими условиями мест проведения соревнований, размещения и питания участников, эпидемиологической обстановкой, санитарно-техническим состоянием спортивных сооружений, трасс, спортивного инвентаря, раздевалок,

душевых, пунктов питания, медицинских пунктов, проверяется обеспеченность питьевой водой.

Наблюдение врача за участниками соревнований, предупреждение травм и заболеваний. Во время соревнований врач следит за здоровьем участников. В случае отсутствия медицинской документации о допуске, при несоответствии возраста участника правилам соревнований, заболевании, травме, перенапряжении, недостаточной физической подготовке, несоответствии веса, отсутствию защитных приспособлений, врач имеет право не допускать или снять спортсмена в ходе соревнований. В тех видах спорта, где учитываются весовые категории, одновременно с ежедневным контрольным взвешиванием проводится и краткое медицинское обследование. В целях профилактики травматизма, при передвижении по трассам следует заранее ознакомить участников соревнований с опасными местами, оградить предметы, которые могут нанести травму, исключить встречное движение, проникновение на трассы зрителей, транспорта. Также при резком ухудшении погоды, грозящем здоровью участников (пурга, буря, ливень, резкое изменение температуры воздуха и др.), врач имеет право запретить или перенести соревнования.

Медицинская помощь заболевшим или травмированным участникам соревнований. В местах соревнований и размещения участников функционируют постоянные или временные медпункты, где дежурный персонал располагает средствами первой помощи, носилками, санитарным транспортом. При необходимости госпитализации медпункты направляют пострадавших в лечебные учреждения. Если соревнования связаны с перемещением по трассе, то подвижные медпункты развёртывают на старте, финише и в наиболее опасных участках трассы, участников сопровождают санитарные машины. На трассе находятся и пункты питания. Санитарный транспорт и медицинский персонал могут покинуть свои места лишь после прихода на финиш последнего участника.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Журавлёва А.И., Граевская Н.Д. «Спортивная медицина и лечебная физкультура». - 1993 год. - С 239-244.
- 2 Макарова Т.А. «Медицинское обеспечение спортивных соревнований». - Краснодар: 2000 год. - С 230-242.
- 3 Марков Л.Н. «Теория и практика физической культуры». - 1987 год. - С48-49.
- 4 Марков Л.Н. « Спортивная медицина». - С 231-241.

Түйін: Жарыс – спортшылардың дайындауда Үзбе жүйесі маңызды орын алады. Оқу-жаттығу жүйесінде нәтиже жарыстың тиімділікті көрсетеді. Жарысқа қатысу үшін спортшылардың ағзаға барынша талап көрсету керек, сол себептен жарысқа қатысушылардың денсаулықтары күзету өте маңызды. Жарыста ереже бұзушыларды шарт сәйкессіздік қалып қабылдау өткізу, дәрігер тез арада ұйымдастырушыларды хабарлап қоюға, олармен бірге шешім қабылдау керек, тіпті жарысқа қатысушыларды босатуға қақылы бар.

Түйінді сөздер: дәрігерлік-дене тарбие диспансері, жарыс, бақылау, денсаулық, медициналық тексеру, алдын алу,

Resume: Competition is a main element in the athletes preparation system. Competitions results demonstrate the effectiveness of the training process. Participation in competitions is placing maximum demands of an athletes health, that is why participants health care is very important. In direct violation of competition or disparity of condition accepted norms of conduct, the doctor must immediately, inform the organizers of the competition and take the necessary steps up to disqualification.

Keywords: medico-physical culture dispensary, competition, control, health, medical examination, prophylactic.

Р.А. СЕМБАЕВА

ЦЕНТР СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ И РЕАБИЛИТАЦИИ

МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ТРЕНИРОВОЧНОГО ПРОЦЕССА В УСЛОВИЯХ СРЕДНЕГОРЬЯ

В спортивной практике в качестве дополнительного фактора адаптации наиболее широкое распространение получило использование барометрической гипоксии, т.е. гипоксии, связанной с пониженным содержанием кислорода во вдыхаемом воздухе (тренировка в горах). Низкогорье дает определенный эффект после возвращения на равнину в основном не за счет адаптации к гипоксическому фактору, а в связи с адаптацией к комплексу климатических модификаторов, характерных для этих высот. Высокогорье предъявляет к организму чрезвычайно большие требования. В связи с этим оно может использоваться только кратковременно (от нескольких часов до нескольких суток) для легкой поддерживающей тренировочной работы и активного отдыха в форме прогулок и походов. Наиболее эффективной является тренировка в условиях среднегорья, прочно вошедшая в систему подготовки спортсменов всех рангов.

Ключевые слова: Адаптация, Максимальное потребление кислорода, Сердечно-сосудистая система, Центральная нервная система, Хронические заболевания,

В зависимости от высоты гор различают:

- 1.Низкогорье (800-1200 м);
- 2.Среднегорье (1500-2500 м);
- 3.Высокогорье (2800 м и более).

Нахождение и тренировка в горах предъявляют повышенные требования к функционированию органов и систем организма спортсмена вследствие изменения парциального давления газов атмосферы. Атмосферное давление снижается по мере возрастания высоты, но процент газов в воздухе остается постоянным. По мере того как парциальное давление кислорода снижается, стимулируется вентиляция. Выделение углекислого газа вызывает респираторный алкалоз. Поскольку кислородные возможности на высоте ограничены, происходит поворот к источникам анаэробной энергии. При любой заданной рабочей нагрузке выработка молочной кислоты выше, чем на уровне моря. Однако при максимальной рабочей нагрузке уровень молочной кислоты ниже, так как рабочие уровни слишком низкие, чтобы максимально задействовать все энергетические системы. Сердечная деятельность усиливается на высоте, компенсируя пониженное питание тканей кислородом. Вначале это происходит путем увеличения сердечного ритма, объема плазмы. Через несколько дней выделение кислорода в ткани улучшается (увеличивается артериально-венозная разница) и это уменьшает нагрузку на миокард. При максимальных рабочих нагрузках максимальный ударный объем, сердечный ритм и диффузия кислорода в ткани сокращаются, т.о. МПК и аэробная работа уменьшаются. Создаются условия для перенапряжения ССС и ЦНС. Вторично страдают насыщенные сосудами органы. Активируется патогенная микрофлора (обостряются хронические заболевания), подавляется собственная (сапрофитная), которая участвует в процессе жизнеобеспечения. Кроме того меняется точка кипения воды, она значительно ниже 100 С, что способствует изменению температурных констант внутренней среды организма, при которых происходят биохимические реакции.

Начальный этап медико-биологического обеспечения должен осуществляться в условиях равнины и включать в себя:

1. Оценку состояния здоровья;

2. Определение индивидуальной устойчивости к гипоксии;

3. Исследование уровня функциональных возможностей организма.

Особое значение перед выездом в горы имеет оценка состояния здоровья спортсменов. Это связано с тем, что под влиянием кислородной недостаточности нередко активизируются скрытые очаги инфекции (в миндалинах, зубах, придаточных пазухах носа, ушах, верхних дыхательных и желчных путях, органах мочевого выделения), обостряются хронические заболевания, остаточные явления после травм, прежде всего черепно-мозговых, а также опорно-двигательного аппарата, усугубляются симптомы перенапряжения ведущих систем организма. Комплекс врачебных исследований перед выездом в среднегорье должен включать в себя: опрос, физикальное терапевтическое обследование, инструментальное обследование (рентген органов грудной клетки, ЭКГ в покое и нагрузке, ЭхоКГ), лабораторное обследование (общий анализ крови и мочи, содержание ферритина в сыворотке крови), консультация узких специалистов, определение индивидуальной устойчивости к гипоксии, установление количественных и качественных характеристик реакции на избранную для текущего контроля функциональную пробу.

Определение индивидуальной устойчивости спортсменов к гипоксии в условиях барокамеры. Включает исследование спортсменов в стандартных условиях остро нарастающей гипоксии в состоянии мышечного покоя на различных высотах и в процессе дозированной работы умеренной мощности, выполняемой на велоэргометре. При этом регистрируются ЧСС, АД, ЭКГ и газометрические показатели. Выбор тестирующей процедуры для оценки динамики функциональных возможностей организма спортсменов определяется спецификой вида спорта и задачами предстоящего сбора. Для работающих над развитием выносливости такой процедурой обычно является нагрузка со ступенчато возрастающей мощностью, выполняемая «до отказа» (обследование проводится на велоэргометре или тредбане).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Г.А.Макарова «Практическое руководство для спортивных врачей». - Ростов-на-Дону: 2002 год. - С 206-212.
2. «Медицинский справочник для спортивных врачей и тренеров», Перевод. - М.: 2003 год. - С 54-55.
3. Н.Д.Граевская « Спортивная медицина» Советский спорт. - 2004 год. - С 178-181.
4. Г.А.Макарова, С.А.Локтев «Врачебно-педагогический контроль в условиях среднегорья» Методические рекомендации для спортивных врачей. – Краснодар: 1983 г.
5. Ф.П.Суслов «Как тренироваться в горах» Семинар тренеров. - 1994 г.

ТҮЙІН: Спорттық тәжірбеде бейімдеу қосымша шарт сапасында барометриялық гипоксияны пайдалану кең таратылу алды, үйткені оттегі демалатын ауада төмен ұстайтын жақта болады(тауда жаттығу). Тау етегі жазық жерге қайтып келгенде белгілі нәтиже береді басты гипоксиялық бейімдеу емес. Осы байланыс жағдайда климаталық модификаторларға жиын бейімдеу өзіндік биіктіктерде. Таулы жерлер адамның ағза мүшелеріне төтінше үлкен талап қояды. Сол жағдайда ол аз уақытта пайдалануға болады (бір неше сағаттан бір неше тәулікке дейін), осындай жеңіл жәрдем беру жаттығу жұмысында және демалыста сапармен сайран тұлғада. Барлық дәреже спортшыларды дайындауда жүйесіне нық керген ең нәтижелі жаттығу орташа таулар жағдайында болады.

Түйінді сөздер: бейімделу, оттегі барынша пайдалану, жүрек қан-тамырлар жүйесі, жүйке жүйесі, созымалы ауру,

RESUME: In sports practice as complementary adaptation of the most widely received distribution use barometric hypoxia associated with reduced oxygen in the inspired air (training in the mountains). Low mountains gives a certain effect on return to the valley, are largely due to adaptation to the complex climate modifiers specific to these heights. Highlands presents to the extremely high demands on the body. In this connection it may be used for short period (a few hours to several days) for easy maintenance training work and leisure in the form of walks and hikes. The most effective workout in midlands, which became firmly in the training, of all athletes levels.

Keywords: adaptation. maximal using of oxygen. cardiovascular system. nervous system. chronic illness.

Р.А. СЕМБАЕВА

ЦЕНТР СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ И РЕАБИЛИТАЦИИ

ПОДГОТОВКА ОРГАНИЗМА СПОРТСМЕНОВ К ЭФФЕКТИВНОЙ ТРЕНИРОВОЧНОЙ И СОРЕВНОВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В УСЛОВИЯХ НИЗКИХ ТЕМПЕРАТУР

При морозной ветреной погоде следует использовать одежду, предотвращающую потери тепла. В условиях пониженной (но не морозной) температуры при безветренной погоде, напротив, следует одеваться достаточно легко, так как облегченные условия для теплоотдачи способствуют проявлению выносливости. Вероятность гипотермии и холодовых травм возрастает при тренировке и соревнованиях в горных условиях в связи со снижением температуры и усилением ветра. При подъеме на каждые 150 м над уровнем моря температура снижается на 1 С. Таким образом, на высоте 2000 м над уровнем моря температура воздуха будет на 13 - 14 С ниже, чем в условиях равнины. При проведении соревнований в холодные, дождливые и ветреные дни обслуживающий персонал на финише должен иметь в своем распоряжении одеяла и теплые напитки для профилактики и лечения гипотермии.

Ключевые слова: Теплоотдача, Холодовая травма, Окружающая среда, Обморожение, Рациональное планирование

Стресс, обусловленный холодом, как любое условие окружающей среды вызывает теплотери, которые могут привести к нарушению гомеостаза. Как известно гипоталамус имеет установочный температурный уровень.

Терморегуляция при холоде: Гипоталамическая начальная точка для регулирования температуры около 37 с +/- 1 С. Понижение температуры тела или кожи падает сигнал терморегуляторному центру в гипоталамус для включения целого ряда механизмов для повышения выработки тепла, сюда входят: Дрожь. Она может вызывать увеличение выработки тепла в 4 - 5 раз.

Термогенезис без дрожи. Симпатическая нервная система освобождается от эпинефрина и нон-эпинефрина в ответ на проявление холода, вызывая неокислительную фосфорилиацию и выход свободных жирных кислот из жировых слоев. Повышенная выработка тироксина. Уровень гипоталамического тиротропинрелизинг фактора повышается, и повышенная выработка тироксина в свою очередь, увеличивает

общий метаболический уровень. Периферальное вазосужение. Симпатическая нервная система стимулирует сокращение гладких мышц кожи, таким образом, отодвигая поток крови от кожи в более глубокие ткани. Баланс между тепловой потерей и выработкой тепла контролируется рядом факторов. В общем, чем больше градиент между температурой кожи и температурой окружающей среды, тем больше тепловые потери. Однако большое количество анатомических факторов и факторов окружающей среды влияют на уровень и степень потерь тепла. Например, размер тела и состав тела влияют на потери тепла. Подкожный жир служит в качестве изоляционного материала. Интенсивность теплотери зависит от отношения площади поверхности тела к его массе. Чем выше и крупнее человек, тем менее он восприимчив к гипотермии. Как следует из таблицы у маленьких спортсменов (детей) более высокий уровень зоны/массы поверхности и поэтому они могут выдерживать большие потери тепла.

Объект исследования	Масса тела, кг (m)	Рост, см	Площадь(S) поверхности тела, см	Отношение поверхности тела к его массе S/m
Взрослый	85	183	210	2,47
Ребенок	25	100	79	3,16

Степень потери тепла также зависит от движения воздушных потоков, конвекции, влажности, испарения и температуры окружающей среды. Скорость ветра усиливает потери тепла от конвекции, радиации испарения. Эта реакция известна как «эффект холодного ветра».

Упражнения на холоде: Упражнения, выполняемые на холоде, могут влиять на мышечную функцию. Мышцы работают лучше всего при температуре 40 С. Охлаждение способствует снижению скорости сокращения мышц и уменьшению их силы. Потребление мышечного гликогена выше во время упражнений. На холоде значительно увеличивается секреция эпинефрина и нон

- эпинефрина. Однако уровень СЖК может не увеличиваться так как в нормальной среде кровяной поток, проникающий в подкожные жировые слои меньше, и мобилизуется меньше СЖК. Итак, если одежда адекватна и уровень метаболизма остается высоким, температура тела и функции могут быть сохранены. Однако с наступлением усталости и замедлением интенсивности упражнений выработка тепла снижается и может развиваться гипотермия.

Холодовые травмы: При снижении температуры тела ниже 34,5 С гипоталамус начинает утрачивать свою способность регулировать температуру. Холодные стрессовые условия, представляющие опасность - это

гипотермия и обморожения. Гипотермия бывает слабой, средней или сильной. Экстренное снижение температуры в первую очередь влияет на сердечно-сосудистую и дыхательную системы. Остановка сердечной деятельности происходит за счет влияния на синусо-предсердный узел (водитель ритма). В дальнейшем подавляется функция дыхательной системы.

Лечение: экзогенное тепло, горячие бутылки с водой, теплые напитки и т.п.

Существуют специальные рекомендации, основными из которых являются:

- применение эффективных вариантов разминки;
- применение одежды, предотвращающей потери тепла и вместе с тем не допускающей потери влаги;
- рациональное планирование работы разной интенсивности и продолжительности, не допускающей переохлаждения;
- контроль за внутренней температурой и температурой кожи, реакциями сердечно-сосудистой системы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Г.А. Макарова « Практическое руководство для спортивных врачей». - Ростов-на-Дону: 2002. – 256 с.
- 2 « Спортивная медицина справочник для врачей и тренеров» Перевод. - М.: 2003. - С 175-178.
- 3 В.Л.Карпман. «Спортивная медицина». - 1987. - С 154-160.
- 4 Н.Д.Граевская, Т.И.Долматова «Спортивная медицина». - 2004. - С 217-225.
- 5 Г.А.Макарова «Медицинский справочник тренера». - 2006 . – 94 с.

ТҮЙІН: Ауа райы суық, жел күндері жылуды жоғалтпайтын киім кию керек. Ауа райы төмендеген (суық емес) желсіз жағдайда, қарсы жеңіл киім төзімділікпен жылу беруге себеп болады. Таулы жерлерде ауа райы температурасы төмендеумен және жел жағдайында, гипотермиямен суық жарақаттар мүмкіндігі күшееді. Теңіз дәрежесінде жүз елу метр көтерілегенде бір градусқа төмендейді. Сонымен теңіз дәрежесінен екі мың жоғарыда ауа температурасы жазық жерде он үш-он төрт градусқа төмендейді. Гипотермияның алдын ала емдеу үшін жарыс өткізуде суық, жаңбырлы, жел күндерде күтушілердің әмірде финиште көрпе, жылы шырындары болу керек.

Түйінді сөздер: жылы қайтарым, суық жарақат, айналадағы орта, үсу, жоспарлау,

RESUME: It is necessary to use clothes preventing heat loss in freezing and windy weather. However it is necessary to dress easily in low (but not freezing) temperatures in calm weather to contribute the manifestation of heat endurance. Hypothermia and freezing injury increase during training and competition in the mountains due to lower temperatures and strong winds. The temperature reduced by 1 C during climbing to 150 meters above sea level. Thus the temperature will be 13-14 C lower than in the plains in 2000 meters above sea levels. During the competitions in cold, rainy and windy days, staff must have blankets and warm drinks for the prevention and treatment of hypothermia.

Keywords: warmth return. trauma. environment. frost-bitten. rational planning.

**РАЗДЕЛ 4. ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
CHAPTER 4. PUBLIC HEALTH**

УДК 614.2:614.39

Д.АБУОВ

Высшая Школа общественного здравоохранения, г.Алматы

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ В РАМКАХ ГАРАНТИРОВАННОГО ОБЪЕМА БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

В статье приведены данные о заболеваемости артериальной гипертонией на 100 000 населения по г. Алматы за 2008-2012 годы, а также данные о финансировании и обеспеченности антигипертензионными препаратами отдельных категорий населения г.Алматы.

Актуальность. Лекарственное обеспечение является одной из главных составляющих оказания медицинской помощи и поэтому совершенствование амбулаторного лекарственного обеспечения является одним из приоритетных направлений Государственной программы развития здравоохранения «Саламатты Казахстан» на 2011-2015 годы [1].

По данным проспективных исследований в России, повышением артериального давления (АД) обусловлено около 40% всех случаев смертей. Наибольший вклад артериальная гипертония (АГ) вносит в смертность от мозгового инсульта (МИ), который связан с АГ в 80% случаев смерти [2,3].

Артериальная гипертония – одно из самых распространенных заболеваний сердечно-сосудистой

системы в Казахстане. По нашим данным, популяционная частота АГ среди взрослого населения по Казахстану составляет 15-20%, а ее распространённость у лиц пожилого и старческого возраста превышает 50%.

В последние годы в республике отмечается неуклонный рост уровня заболеваемости артериальной гипертонией. Так, по данным Агентства РК по статистике в 2011 году было зарегистрировано 1035,0 случаев гипертонии на 100 тысяч населения, в 2010 году 913,8 случаев на 100 тысяч населения.

Аналогичная динамика наблюдается и по г. Алматы. По данным Управления здравоохранения г. Алматы, если уровень заболеваемости АГ в 2008 году составлял 1366,8, то в 2012 году увеличился до 2510,3 на 100 000 населения по г. Алматы, прирост составляет 83,7%.

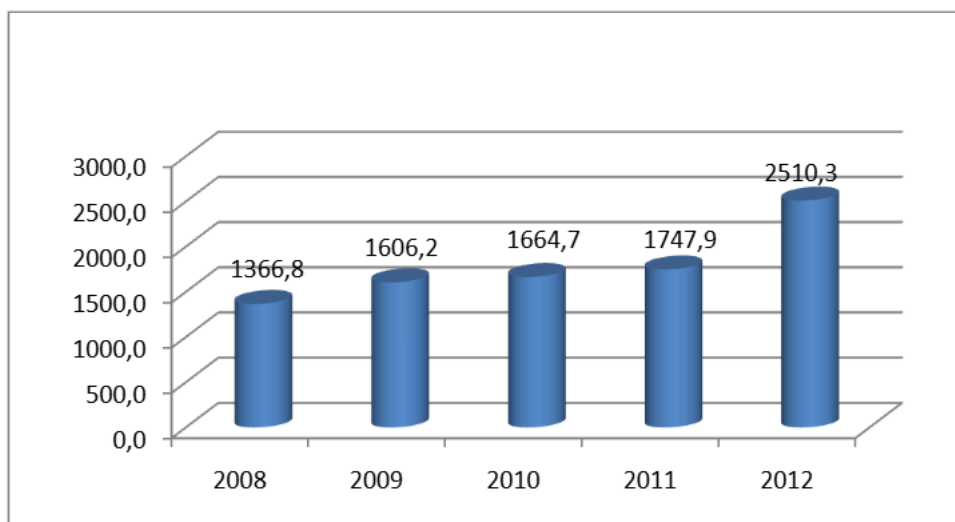


Рисунок 1 - Заболеваемость артериальной гипертонией на 100 000 населения по г. Алматы

Материалы и методы Данные о заболеваемости артериальной гипертонией на 100 000 населения по г. Алматы за 2008-2012 годы, данные о финансировании и обеспеченности антигипертензионными препаратами отдельных категорий населения г.Алматы за 2008-2012 годы.

Результаты Программа бесплатного и льготного лекарственного обеспечения функционирует в Республике Казахстан с 2005 года. Если до 2012 года население, состоящее на диспансерном учете по

заболеваниям, получали лекарственные средства на льготной основе, то в настоящее время

Согласно Приказа и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 4 ноября 2011 года № 786 «Об утверждении Перечня лекарственных средств и изделий медицинского назначения для бесплатного обеспечения населения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи на амбулаторном уровне с определенными заболеваниями (состояниями) и специализированными лечебными продуктами»

льготные категории граждан получают лекарственные средства бесплатно [4].

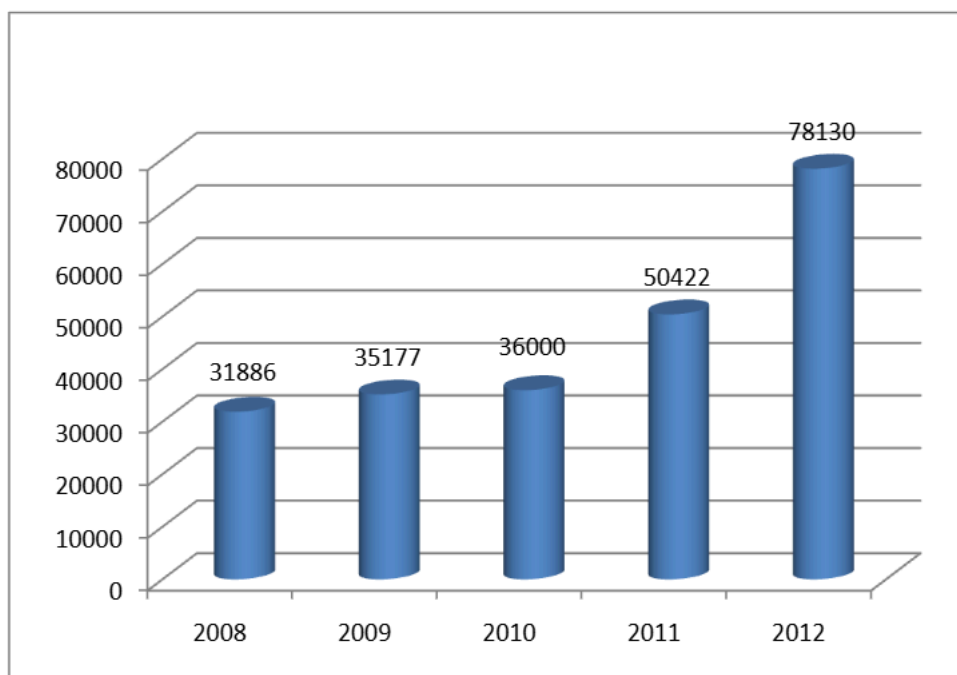


Рисунок 2 - Количество граждан, обеспеченных антигипертензионными препаратами по г. Алматы за период 2008-2012 годы

Как видно из рисунка 2, количество граждан, обеспеченных антигипертензионными препаратами вырос с 31886 в 2008 году до 78130 человек в 2012 году,

т.е. увеличилось на 2,5 раза (данные Министерства здравоохранения Республики Казахстан). При этом финансирование увеличилось почти в 10 раз, составляя в 2012 году 269 442 847,13 тенге.

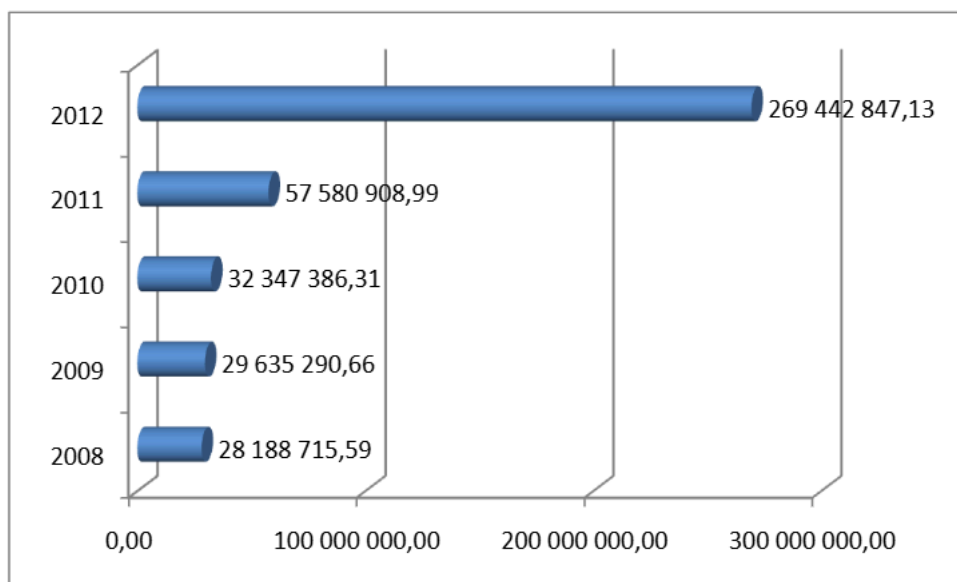


Рисунок 3 – Динамика финансирования отдельных категорий населения г.Алматы антигипертензионными препаратами

Это стало возможным в результате совершенствования системы лекарственного обеспечения населения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи в Республике Казахстан.

Заключение Таким образом, в настоящее время в республике 400 наименований бесплатных лекарств

получают свыше 3 млн. человек по 48 заболеваниям. Внедряется автоматизированная система лекарственного обеспечения, создаются регистры диспансерных больных, что позволяет видеть фактическое получение лекарственных средств, гарантированных государством. Как следствие принятых мер, не допускается, как это

наблюдалось прежде, перерывов в начале каждого года в поставках препаратов в регионы. Доступность лекарственных средств на амбулаторном уровне

позволит снизить грозные осложнения на уровне стационаров.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 «Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы» от 29 ноября 2010 года № 1113.
- 2 Оганов Р.Г., Шальнова С.А., Деев А.Д. и др. Артериальная гипертония и ее вклад в смертность от сердечно-сосудистых заболеваний. Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. - М.: 2001. – С.11-15.
- 3 Шальнова С.А. Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний и показатели ожидаемой продолжительности жизни населения России (по результатам обследования национальной представительной выборки): автореф. дис. ... д-р. мед. - М.: 1999. – С.7.
- 4 Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 4 ноября 2011 № 786 «Об утверждении Перечня лекарственных средств и изделий медицинского назначения для бесплатного обеспечения населения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи на амбулаторном уровне с определенными заболеваниями (состояниями) и специализированными лечебными продуктами».

Д.АБУОВ

ТЕГІН МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕКТІҢ КЕПІЛДІ КӨЛЕМІ ШЕҢБЕРІНДЕ ДӘРІЛІК ҚАМТАМАСЫЗ ЕТУ ЖҮЙЕСІН ЖЕТІЛДІРУ

Мақалада, Алматы қаласы бойынша 2008-2012 жылдар аралығындағы 100 000 тұрғынға шаққанда артериалдық гипертониямен аурушаңдық көрсеткіші, сонымен қатар Алматы қаласы тұрғындарының жеке топтарын антигипертензиондық препараттармен қамтамасыз ету және қаржыландыру туралы деректер келтірілген

D.ABUOV

IMPROVING THE SYSTEM OF DRUG PROVISION OF THE POPULATION WITHIN THE GUARANTEED VOLUME OF FREE MEDICAL CARE

The article presents data on the incidence of hypertension per 100 000 population in the city of Almaty for 2008-2012, as well as data on the financing and provision of drugs antihypertensive certain categories of Almaty population.

А.Д.АДЕНОВА

*Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі
С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті*

СТАЦИОНАРДАҒЫ МЕЙІРБИКЕЛЕР ҚЫЗМЕТІНІҢ САПАСЫН БАҒАЛАУ

Медициналық қызметкерлерді жоғарғы нәтижеге қол жеткізуге ынталандыру сапа менеджментінің құрамдас бөлігін құрайды. Мейірбикелік көмек сапасы денсаулық сақтау жүйесінің кешенді параметрлерінің талдау нәтижелерін сипаттайтын, ұйымның ресурстық мүмкіндіктерін анықтайтын, басқару тиімділігін, функционалды қасиеттерін, жұмысының нәтижелерін бағалайтын халыққа көрсетілетін медициналық көмек сапасының маңызды аспектісі.

Түйінді сөздер: мейірбикелік қызметтің сапасы, сапаны бағалау.

«Медициналық көмектің сапасы» атты түсінік адамдардың медициналық қызметтің нәтижелілігінен қалыптасады. Мысалы, пациентке емдеуден күтілген нәтижелердің үмітін қаншалықты ақтағаны маңызды. Өйткені пациентті медициналық көмектің жылдамдығы, дәрігердің қаншалықты ықылас танытқандығы, ем-шаралар өмірінің сапасына қандай әсер еткендігі туралы сұрақтар толғандыратыны анық. Сондықтан пациентке медициналық көмек сапасы деңгейін анықтауда қызмет көрсету туралы ақпарат маңызды.

Медициналық көмектің сапасы көптеген елдерде, соның ішінде дамыған елдер үшін де өзекті мәселелердің бірі болып табылады. Көптеген зерттеулер осы мәселеге арналған. Қазақстанда денсаулық сақтау саласындағы сапаны басқару Мемлекет басшысының жіті назарында.

Мемлекет басшысы Н.Ә.Назарбаев 2012 жылғы қаңтардағы «Әлеуметтік-экономикалық жаңғырту – Қазақстан дамуының басты бағыты» атты Қазақстан халқына Жолдауында адами әлеуеттің деңгейін көтерудегі маңызды бағыттардың бірі ретінде медициналық қызметтің сапасы мен оның қолжетімділігін арттыру, саламатты өмір салтын насихаттау екендігін нақтылап көрсетті.

Медициналық қызмет көрсету сапасының Президенттің жіті назарында отырғандығы «Қазақстан – 2050» Стратегиясы қалыптасқан мемлекеттің жаңа саяси бағыты » атты Жолдауында көрініс тауып отыр. Ұлт көшбасшысы еліміздің барлық аймақтарында сапалы медициналық қызмет алу үшін қажетті жағдайлар жасалып жатқандығын атап өтті.

Медициналық көмек сапасын арттыруда медициналық ұйымдардың техникалық жабдықталуын жақсарту шаралары жасалуда, ол өз кезегінде емдеу-диагностикалау үрдісінің техникалық деңгейінің жетілуіне, медициналық техниканың мақсатты жұмсалыуына және медициналық көмек деңгейі мен тиімділігіне қолайлы әсер етеді. Осы тапсырма емдеу-профилактикалық ұйымдарында, медициналық көмек көрсетудің әртүрлі сатыларында медициналық іс-әрекет пен ресурстық қамтамасыз ету (жабдықтау технологиясы) стандарттарының жіктемесін жасау арқылы іске асырылып отыр [1].

Денсаулық сақтаудың ұлттық жүйесін ұзақ мерзімді жаңғырту аясында біз елдің барлық аумағында медициналық қызметтер сапасының бірыңғай стандарттарын енгізуге, сондай-ақ медицина мекемелерінің материалдық-техникалық жабдықталуын бірыңғайландыруға тиіспіз.

Мейірбикелік іс – үлкен көлемді кадрлық ресурстары бар денсаулық сақтау саласының құрамды бөлігі.

Мейірбикелік көмек денсаулық сақтау саласындағы көмектің экономикалық тәсілдерінің бірі ретінде қарастырылады. Мейірбикелік көмек жүйесінің дамуы - денсаулық сақтау саласының экономикалық тиімділігін келешекте арттырудың жалпы тенденциясы болып табылады.

Мейірбикелік көмек сапасын бақылау процедурасы - мейірбикелік қызметтің дамуындағы жаңа бағыт болып отыр. Оны бақылау міндеті бас мейірбикеге жүктелген. Бұл іс-әрекетті мейірбикелік қызметтің басшылары түрлі мейірбикелік мамандықтар бойынша мейірбикелік көмектің сапасын сипаттайтын көрсеткіштер жүйесі, бақылау және бағалау әдістері, эксперттік шешімдер болғанда ғана тиімді іске асыра алады [2].

Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2011-2015 жылдарға арналған «Саламатты Қазақстан» мемлекеттік бағдарламасы қолжетімді, сапалы, әлеуметтік-бағдарлы және экономикалық жүйесінің дамуына қажетті шаралар қосындысын нақтылады [3].

Бүгінгі таңда медициналық көмектің сапасы тиімділік, баламалылық, өнімділік, моральдық-этикалық қағидалар жағынан қарастырылады. Медициналық көмек көрсетудің қолжетімділігін, уақтылығын, сапасы мен сабақтастығын қамтамасыз етуге қызмет ететін бірыңғай дамыған, әлеуметтік бағдарланған жүйені білдіретін денсаулық сақтау саласы халық әл-ауқатының орнықты және тұрақты өсуі тұрғысынан алғанда республикадағы негізгі басымдықтардың бірі болып табылады.

Сондықтан ғылыми зерттеу жұмысын жүргізуде мына мақсатты негізге алуды жоспарладық: стационардағы мейірбикелердің қызмет сапасын бағалау жүйесін зерттеу және оны жетілдіру бойынша кеңестер (Алматы қаласы мысалында) дайындау.

Жоспарланған мақсатқа қол жеткізуде келесі тапсырмалар қойылды:

1. Медициналық көмек сапасын бағалаудың жалпы жүйесінде мейірбикелер қызметінің сапасын бағалаудың алатын орнын анықтау.
2. Ресми статистикалық есеп беру үлгісіне сәйкес стационардағы мейірбикелердің еңбек сапасын бағалау жүйесіне талдау жүргізу.
3. Стационардағы мейірбикелердің еңбек сапасына социологиялық бағалау жүргізу.
4. Стационардағы мейірбикелердің еңбек сапасын бағалау жүйесін жетілдіру бойынша ғылыми-негізделген кеңестер дайындау.

Қойылған мақсат пен тапсырмаларды шешу үшін келесі әдістерді қолдануды негізге алдық: эксперттік бағалау, анкета жүргізу, медициналық статистикалық

мәліметтердің анализі, математикалық және статистикалық анализі.

Қорытынды. Қазақстандағы бүгінгі күнгі медициналық қызмет көрсетудегі сапаны басқарудың үлгісі сыртқы (мемлекеттік), ішкі (ауруханашілік), тәуелсіз бақылау (сараптама) болып бөлінеді. Осы бағдарлама аясында денсаулық сақтау саласында ұлттық стандарттардың бірінғай жіктелімі және мәліметтер базасы; медициналық технологияларды бағалау жүйесі дайындалып, енгізілді; диагностикалау, емдеу және клиникалық нұсқаулар стандарттары дайындалып, іс жүзіне енгізілді және оның тиімділігінің мониторинг жүйесі құрылды.

Денсаулық сақтау саласында сапаны басқаруды жетілдіру туралы әдебиеттерге шолу жасауда, медициналық көмек сапасын қамтамасыз етудің түрлі механизмдері мен құралдарының бар екендігін көрсетіп отыр. Сыртқы және ішкі бақылауды, сондай-ақ тәуелсіз сараптаманы қатар жүргізу денсаулық сақтауда сапаны

басқарудың тиімді үлгілерінің көпшілігіне ортақ сипаттама болып отыр.

Дүние жүзіндегі көптеген елдерде медициналық көмек сапасын жақсарту мақсатында, денсаулық сақтау саласының түрлі үлгілерінде және түрлі қаржыландыру көздерімен қамтамасыз етілетін медициналық ұйымдарды аккредитациялау жүйесі енгізілген.

Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау ұйымдарында медициналық көмек сапасын қамтамасыз ету жүйесінде денсаулық сақтаудағы мемлекеттік бақылауды жетілдірумен қатар, медициналық ұйым деңгейінде медициналық көмек сапасын басқару мен тәуелсіз сараптама біртіндеп дамып келеді.

Медициналық көмек сапасын арттыру мәселесі тек біздің елде ғана емес, сондай-ақ бүкіл дүние жүзінде артып отыр. Медициналық көмек сапасының төмендігі, пациенттерді емдеуге жұмсауға болатын қажетті ресурстардың шығындалуына алып келеді, ал тұрғындар болса медициналық көмек сапасына күн өткен сайын сынмен қарауда.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- 1 Вялков А.И. Управление качеством в здравоохранении // Проблемы стандарт, в здравоохран.- 2003.- № 3.- С. 3-11.
- 2 Жихарева Н.А. Изменение функциональных обязанностей врача и медицинской сестры как инструмент повышения качества медицинской помощи / Н.А. Жихарева // Молодые ученые – здравоохранению региона: Материалы 66-й научно-практической конференции студентов и молодых специалистов СГМУ. - Саратов: Издательство СГМУ, 2005. - С. 198-199.
- 3 Государственная программа развития здравоохранения РК на 2011-2015 гг. «Саламатты Қазақстан». – Астана: 2010 г.

А.Д. АДЕНОВА

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В СТАЦИОНАРЕ

Резюме: Стимулирование медицинских работников к достижению высоких результатов является составной частью менеджмента качества.

Качество сестринского обслуживания является важнейшим аспектом системы менеджмента качества населения и основывается на анализе комплекса различных параметров, определяющих возможности организации с позиции ресурсного обеспечения, эффективности управления различными структурами, оценки результатов деятельности.

Ключевые слова: качество работы медицинской сестры, оценка качества.

A.D. ADENOVA

AN ESTIMATION OF QUALITY OF NURSES' ACTIVITY IN HOSPITAL

Resume: Stimulation of medical workers to the achievement of high results is component part of management of quality.

Quality of nursing service is major aspects of quality management 's system to the population, characterizing activity of industry as systems, based of analysis of complex of different parameters, qualificatory possibilities of organization from position of the resource providing, efficiency of management of different structures, estimation of results of activity.

Keywords: quality of nurse's activity, estimation of quality.

А.С. АСКАРОВА

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі
С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті

УЧАСКЕЛІК МЕЙІРБИКЕ МЕН ПАЦИЕНТТІҢ ӨЗАРА ҚАРЫМ-ҚАТЫНАСЫНЫҢ ЭТИКА ДЕОНТОЛОГИЯЛЫҚ АСПЕКТІЛЕРІ

Медицина саласындағы медициналық қызметкер мен пациенттің қарым-қатынасына қойылатын этикалық талаптар ерте заманнан бері қалыптасқан. Бұл мәселелер туралы көптеген атақты дәрігерлердің, соның ішінде Гиппократтан бастап, қазіргі заманауи биоэтика саласындағы зерттеушілердің еңбектерінде жазылған. «Медициналық құпияны» сақтауға қойылатын этикалық талаптар, «пациентке зиян келтірмеу» қағидасы, науқастың қамы үшін барлық жағдай жасау пациентке деген сыйластықтың белгісі. Заманауи медициналық қызметкердің жұмысы одан жоғары деңгейдегі тұлғалық кәсіби жауапкершілікті талап етеді. Медициналық қызметкердің кәсіби жауапкершілігі моральдық, административтік және құқықтық жауапкершіліктен құралған күрделі құбылыс.

Түйінді сөздер: медициналық этика, мейірбике мен пациенттің қарым-қатынасы, құқықтық аспектілер.

Медициналық көмектің сапасының жақсаруы мен қолжетімділігі - жыл сайынғы Президенттің Қазақстан халқына жолдауында және 2011-2015 жылдарға арналған мемлекеттік бағдарламада бекітілген, ҚР азаматтарының денсаулық сақтау саласындағы, мемлекеттік саясаттың маңызды нышандарының бірі. Жаңа жағдайдағы реформалау мен қаржыландыру мақсатында, ҚР денсаулық сақтау саласының алдында: халыққа медициналық көмекті ұйымдастыру, сапасын жақсарту және тиімділігі мен қолжетімділігін арттыру сияқты күрделі мәселелер тұр. Халыққа көрсетілетін медициналық көмектің сапасының объективті критерийлерінің бірі болып—этика-деонтологиялық критерий саналады, ал сапасының субъективті критерийлерінің бірі болып—пациенттің медициналық көмекке қанағаттану деңгейі және шағымының жоқтығы саналады [1].

Медициналық этика және медициналық деонтология – спецификалық жағдайдағы, үлкен парыздың, кәсіби қызметтің, жалпы адамзаттың адамгершіліктік үлкен міндетінің айқындылығы болып табылады. «Материалдық және рухани қызмет салаларында, денсаулық сақтаудың қызметкерлерімен басқарылатын, денсаулықты сақтау мен нығайтуда адамдар мен қоғамның қажеттілігін қанағаттандыруға бағытталған барлық адамгершілік факторларының жиынтығын» медициналық этика қарастырады. Медициналық этика мен медициналық деонтологияның мағынасы, денсаулық сақтаумен тығыз байланысты, медициналық қызмет саласындағы коммерциализацияға қатысты әлеуметтік-экономикалық қатынастың өзгеруіне, нарықтық, маркетингтік үрдістердің енгізілуіне байланысты кеңейе түсуде [2].

Медицинадағы емдеу үрдісі барысындағы азаматтардың ерекше құқықтарының сақталуы керектігін және оның маңызды екендігін гуманистік тағлым ету дәлелдейді [3]. Өрбір пациенттің белгілі бір құқықтары мен міндеттері бар. Егер оларды бұзған жағдайда әкімшілік, тіпті заң жүзінде жауапқа тартылады. Медициналық этика да, заң да негізінде бір сұрақты реттейді, олар: дәрігерлердің, медқызметкерлердің, пациент пен қоғамның өзара қарым-қатынасындағы міндеттері мен құқықтары, медициналық көмек көрсету және көмек алу шарттары, көрсетілетін көмек сапасы, еңбек мерзімі, көлемі және еңбек ақының реттілігі, т.б. [4].

Атап кететін жағдай, соңғы кездері мейірбике мен пациенттің өзара қарым қатынасының көрінісінде

неғұрылым жылдам өзгерістер болуда. Өзгерістердің негізгісі болып, науқастың құқықтарының артуы және мейірбике мен пациенттің өзара қарым қатынасындағы ерекшеліктер саналады. Өзгерістің түп негізі-өзара қарым - қатынастың патерналистік типінің патерналистік емес типіне ауысуында. Медициналық қызметкер мен пациенттің қарым-қатынасы тең құқылы екі серіктестер арасындағы диалогтай көрініс беретін түрі - патерналистік концепция деп аталады. Бұл қарым қатынастың ерекшелігі—медициналық қызметкерлермен қызметтесу барысында, оның этикалық компетенттілігін мойындауына, пациентке-жеке, автономды тұлғаға деген көзқарасына негізделеді [5].

БМСК ке түсетін салмақтың ауырлығын есепке ала отырып, жалпы тәжірибелік дәрігерлер институтының кеңейе түсуімен қатар, жанұялық/участкелік мейірбикенің де ролі және өзіне тән қасиеттерінің ерекшеліктері артуда [6].

Бірақ та, медициналық қызметкерлерде де, пациенттерде де этика-құқықтық қарым-қатынас мәселесі, заңдық-нормативтік акт және өзара қарым қатынасты реттейтін басқа да құжаттар туралы мәліметтің жеткіліксіздігі, білімнің толық еместігі сияқты мәселелер де орын алуда [7].

Қазақстан Республикасының қоғамдық денсаулық сақтау саласында этика-құқықтық нормалары ескерілген, медициналық қызметкерлер мен пациенттердің өзара қарым қатынасын зерттеу актуальды тапсырма болып саналады [8].

Мейірбике мен пациенттің этика-құқықтық нормалармен қамтылған өзара қарым-қатынасын зерттеу және оларды толық жетілдіре отырып, мейірбике мен өзара іс-әрекетінің жақсарту жолдарын әзірлеу, нұсқауларды өңдеу біздің негізгі тапсырмамыз болып отыр [9].

Осыған орай, алға қойылған мақсатқа сәйкес келесідей міндеттер атқарылады:

1. Этика-құқықтық нормалар туралы мейірбикелер мен пациенттердің білім деңгейін анықтау;
2. Этика-құқықтық нормалар туралы мейірбикелер мен пациенттердің білім деңгейін салыстыру сараптамасы және өзара қарым-қатынасына қанағаттану деңгейін анықтау;
3. Мейірбикелердің психотипін анықтау және мейірбикелердің қызметінде кездесетін шиеленістік жағдайлардың жиілігімен қаншалықты байланыста екендігін анықтау.
4. Медициналық қызмет көрсету кезінде, этика-

құқықтық нормаларды сақтауды жақсарту жөніндегі ұсыныстардың нұсқамасы.

Біз келесі ғылыми зерттеу әдістерін қолдануды жоспарладық: ғылыми және арнайы әдебиеттердің мәліметтеріне сараптама жүргізу, анкета жүргізу, арнайы сұраунама көмегімен психотипті анықтау, математикалық және статистикалық сараптама.

Зерттеудің ғылыми жаңалығы ол алғаш рет Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласында, этика-құқықтық нормаларды есепке ала отырып, мейірбикелер

мен пациенттердің өзара қарым қатынасын зерттеу және оны дамыту мақсатындағы ұсыныстарды әзірлеу.

Зерттеудің тәжірибелік маңыздылығын атап көрсететін болсам, әзірленген ұсыныстарды тәжірибелік денсаулық сақтау саласына ендіру-медициналық қызметкерлерді этика-құқықтық нормалармен ақпараттандырылуын жоғарлатады, сонымен қатар, этика-құқықтық нормалардың медициналық қызмет көрсету кезінде сақталуын қамтамасыз етеді, нәтижесінде тұрғындарды медициналық көмекпен қамтуда, сапасының жоғары болу мүмкіндігі артады.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- 1 Конституция Республики Казахстан
- 2 Мишаткиной Т.В., С.Д. Денисова, Я.С. Яскевич Биомедицинская этика, учебное пособие. - Минск: ТетраСистемс, 2003. - С.136-166.
- 3 Уголовный кодекс Республики Казахстан, 1997.
- 4 Г. Нокиной, В. Гуревич Отношение населения к своему здоровью и системе здравоохранения: Результаты социолог. исслед. - Алматы: Фонд XXI век, 2002. – С. 15-41
- 5 Иванюшкин А.Я., Курило Л.Ф., Лопухин Ю.М., Седова Н.Н., Тищенко П.Д., Юдин Б.Г. Биоэтика: вопросы и ответы. – М.: Прогресс-Традиция, 2005. – С. 8-9, 48-59.
- 6 Зыятдинов К.Ш. Некоторые этико-правовые проблемы взаимоотношений врача и пациента // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2000. - № 2. – С. 22-25.
- 7 Закон Республики Казахстан «Об охране здоровья граждан», 2006.
- 8 Шарманов Т.Ш. «Денсаулық сақтау экономикасы және мемлекеттік денсаулық қорғау қызметінің перспективтері». - 2000 ж.
- 9 Зыятдинов К.Ш. Некоторые этико-правовые проблемы взаимоотношений врача и пациента // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2000. - № 2. – С. 22-25.

А.С АСКАРОВА

ЭТИКО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ УЧАСТКОВЫХ МЕДСЕСТЕР И ПАЦИЕНТОВ

Резюме: Этические требования к общению медицинского работника с пациентом вырабатывались в медицине со времен глубокой древности. Размышления об этих проблемах содержатся в трудах многих выдающихся врачей, начиная с трудов Гиппократов и заканчивая современными исследованиями в области биоэтики. Этические требования соблюдения «медицинской тайны», непричинения вреда пациенту, направленности всей деятельности медика на благо больного – это проявление уважения к личности пациента. Деятельность современного медицинского работника требует от него высокого уровня личной профессиональной ответственности. Профессиональная ответственность медицинского работника – явление сложное, включающее в себя моральную, административную и правовую ответственность.

Ключевые слова: медицинская этика, взаимоотношения медицинской сестры и пациента, правовые аспекты.

A.S. ASKAROVA

ETHIC AND LEGAL ASPECTS OF RELATIONSHIP OF LOCAL NURSES AND PATIENTS

Resume: Ethical requirements to communication of the medical worker with the patient were developed in medicine since an extreme antiquity. Reflections about these problems contain in works of many outstanding doctors, since Hippocrates's works and finishing modern researches in the field of bioethics. Ethical requirements of observance of "medical secret", not infliction of harm to the patient, orientations of all activity of the physician for the benefit of the patient is a manifestation of respect for the identity of the patient. Activity of the modern medical worker demands from him high level of personal professional responsibility. Professional responsibility of the medical worker – the phenomenon difficult, including moral, administrative and legal responsibility.

Keywords: medical ethics, relationship of the nurse and patient, legal aspects

УДК 614.7:574:546.3-053.2

Б. А. АСЫЛБЕКОВ, Э. С. ХУСНУТДИНОВА, М. Т. БИТІЛЕУОВА, Г. Е. СҰЛТАНАЕВА, Л. К. НАЗАРОВА

*Жетісу аудандық мемлекеттік санитарлық – эпидемиологиялық қадағалау басқармасы
С. Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина Университеті*

АЛМАТЫ ҚАЛАСЫНЫҢ ЖЕТІСУ АУДАНЫ БОЙЫНША ӨНДІРІСТІК МЕКЕМЕЛЕРІНДЕ ЖҰМЫС ІСТЕЙТІН АДАМДАРДЫҢ АУРУШАҢДЫЛЫҒЫ

Аннотация – төменде берілген мақалада Алматы қаласының Жетісу ауданы бойынша өндірістік мекемелеріндегі жұмыс істейтін адамдардың денсаулығының көрсеткіштері туралы мәліметтер берілген. Мақаланың соңында берілген кестеде жыл бойына тіркелген аурушаңдылық саны мен ауырған күндер тізімі берілген.

Түйінді сөздер: аурушаңдық, жұқпалы ауру, нозология.

Адам денсаулығы – оның биологиялық, физиологиялық, психикалық қызметінің, белсенді және максималды өмір ұзақтығы кезінде қалыпты жұмыс қабілетінің және әлеуметтік белсенділігінің динамикалық жағдайы. Тұрғындардың аурушаңдығын зерттеу, негізінен медициналық көмек көрсетуге жүгіну мәліметтері бойынша, медициналық қарау мәліметтері бойынша жүргізіледі. Жалпы аурушаңдық келіп қаралу бойынша тіркеледі және жедел түрде (12 сағат ішінде) мемлекеттік санитарлық – эпидемиологиялық мекемелер мен органдарға хабарлама береді. Әрбір ауруға немесе ауруға күдік туған кезде «Жұқпалы ауруға, тағамнан, жедел кәсіптік уланудан және егуге басқаша реакция көрсеткен жағдайда» жедел хабарлама толтырылады. Санитарлық дәрігер тіркеу және есеп беру формаларын пайдалана отырып, мемлекеттік санитарлық – эпидемиологиялық қызметтің қарасты ауданындағы жұқпалы және жұқпалы емес аурулардың деңгейін есептеп шығарады. Біздің бұдан айтпағымыз Алматы қаласы Жетісу ауданы бойынша мемлекеттік санитарлық – эпидемиологиялық қадағалау басқармасының МСЭҚБ өндірісті бақылау бөлімінің 2012 жылға жүргізген аурушаңдықты тіркеу және есеп беру жұмысы осыған дәлел.

2012 жыл бойы Жетісу ауданында мемлекеттік санитарлық эпидемиологиялық қадағалау басқармасының бақылауымен есепте өндірістік кәсіпорындардың 344 әр түрлі формасы тіркелді. Меншік есеппен түзетілген есептік кезең -301(2011ж - 363),

жұмысшылар саны – 7414 (2011ж - 9315), оның ішінде әйелдер – 1130 (2011ж - 1510).

Жоспар бойынша кезеңдік медициналық тексеру - 4479 болды, ол 60,4% меншікті салмақты құрайды. Мемлекеттік емес сектордың 9 – медициналық орталығында кезеңді медициналық тексеру кезінде қамтылған саны – 4479 (2011ж - 5210), оның ішінде әйелдер – 895 (2011ж - 1510), қамтылғандар көрсеткіші - 100% (2011ж-100%) құрайды. Медициналық тексерудің қорытынды актісінің нәтижесі бойынша басқа жұмысқа ауыстырылғандар саны 2012ж - 55, ал 2011ж - 44. Соматикалық аурулардың төмендеуінде 2012ж - 214 жағдай белгіленді, ал 2011ж - 1137. Санаторлы-курортты емделуге- 80, оның ішінде әйелдерден- 35-і жіберілді.

Фельдшерлік пункты 3 кәсіпорынның 300 - ден аса жұмысшыларының жалпы аурушылдық сараптама көрсеткіші бойынша есептік кезеңі аурушылдық дәрежесінің төмендегенін және аурушылдықтың өсу жағдайын бір ғана нозологиямен көрсетті:

- Бауыр ауруы ЖПВ, асқазан асты безімен 2012 жылы - 8 жағдай, ал 2011 жылы – 3 жағдай тіркелді. Бақылау объектісінің санитарлық-эпидемиологиялық жағдайын жақсарту мақсатында « Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі» кодексін бұзғанына орай мемлекеттік санитарлық – эпидемиологиялық қадағалау органы тарапынан – 15 айыппұл (2011ж -10) салынды. Айыппұл көлемі – 367286тг (2011ж - 196560). 15 өндірістік кәсіпорында уақытында медициналық тексеруден өтпегені үшін 310 адам жұмыстан шығарылды.

1 кесте - 2012 жылға арналған Жетісу ауданының аурушаңдық көрсеткіштері

Арудың аталуы	2011		2012	
	Жағдай	Күні	Жағдай	Күні
Тыныс алу жүйесінің туберкулезі	1	100	0	0
Психикалық бұзылыстар	1	29	1	51
Перифериялық жүйке жүйесінің аурулары	41	256	15	78
Көз және көз жатырларының аурулары	7	42	6	55
Құлақ және	4	37	4	26
Гипертония, гипертонияның салдарынан мидың әлсіреуі	48	421	32	237
ИБС және арудың гипертониялық емес түрлері	14	223	13	215
Артерия, артериол және вена аурулары	7	39	4	19
Ангина және жедел фарингит	38	133	20	60
Жедел респираторлы	112	519	79	398

инфекциялар				
Жоғарғы тыныс жолдарының аурулары	44	212	17	75
Пневмония	5	72	2	17
Тұмау	13	74	8	44
Тыныс жолдарының созылмалы ауруларының асқынуы	41	271	30	217
Асқазан және он екі ішектің жарасы	6	91	8	67
Гастрит және дуоденит	20	142	17	121
Бауыр және ұйқы безінің аурулары	21	343	22	334
Бүйрек және зәр шығару жолдарының аурулары	27	216	15	186
Әйелдердің жыныс жолдарының қабынуы	4	66	5	90
Тері және тері асты клеткаларының инфекциялары	6	33	4	32
Тері және тері асты клеткаларының қабынуы(дерматит, экзема)	2	47	3	19
Сүйек-бұлшық ет жүйесінің және дәнекер тінінің аурулары	44	366	36	336
Басқа да аурулар	42	478	22	135
Жарақаттар, өнеркәсіпке байланысты уланулар	1	16	1	8
Жұмысқа барып келу жолдарындағы жарақат	3	46	1	35
Тұрмыстағы уланулар және жарақаттар	25	382	20	281
Барлық аурулар бойынша қорытынды	579	4670	385	3136

Осы жағдайларға байланысты көптеген медициналық – профилактикалық алдын-алу шаралары жүзеге асырылды, оның ішінде витаминдермен емдеу,

санаторлы-курортты ем тағайындау, уақытша еңбек демалысы және т. б.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- 1 Кириллова В. Ф. Учебн. Пособие. - 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 2001. – 400 с.
- 2 Неменко Б. А. Коммунальдық гигиена бойынша практикалық сабаққа арналған басшылық. – Алматы: 2010. - 75 б.
- 3 ҚР «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі» туралы кодексі. – Алматы: ЮРИСТ, 2009. – 108 б.

Б. А. АСЫЛБЕКОВ, Э. С. ХУСНУТДИНОВА, М. Т. БИТІЛЕУОВА, Г. Е. СҰЛТАНАЕВА, Л. К. НАЗАРОВА
АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАБОТНИКОВ ПРОМЫШЛЕННЫХ ПРЕДПРИЯТИЙ
ЖЕТЫСУЙСКОГО РАЙОНА ПО ГОРОДУ АЛМАТЫ

Резюме: В данной статье предоставлен анализ заболеваемости ВУТ за 2012г. в сравнении с 2011 г. по Жетысуйскому району. Отчетный период показал, что уровень заболеваемости снизился, рост случаев заболеваний показал только одной нозологии – болезни печени.

B.A.ASYLBEKOV, E.S.HUSNUTDINOVA, M. T. BITILEUOVA, G.E. SULTANAIEVA, L. K. NAZAROVA
ANALYSIS OF THE INCIDENCE OF INDUSTRIAL WORKERS OF ZHETYSU
DISTRICT OF ALMATY CITY

Resume: In this article provided analysis of the incidence of HLA by 2012 year in comparison with 2011 year by Zhetysuiskiy district. Report period showed that the incidence of decreased, rise in disease showed only one nosology – liver disease.

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА ВЫБОР ЛЕКАРСТВ КАК СОСТАВЛЯЮЩИЙ КОМПОНЕНТ ПОТРЕБИТЕЛЬСКОГО ПОВЕДЕНИЯ СРЕДИ ПОСЕТИТЕЛЕЙ АПТЕК

Проведено исследование по сечению, имеющее целью выявление факторов, влияющих на выбор лекарств, как составляющий компонент потребительского поведения посетителей аптек города Еревана. В качестве инструмента исследования послужил опросник с закрытыми вопросами. Данные были введены и обработаны статистической программой SPSS for Windows. Основными факторами, влияющими на выбор лекарств, оказались рекомендации врача, собственный опыт и знания, а также консультации фарм. работников. Люди, состоящие в браке были более склонны к тому, чтобы считать как настоящий уровень цен на лекарства, так и их тенденции к росту высокими по сравнению со своими неженатыми согражданами. Далее, на низкую финансовую доступность лекарств больше всего жаловались посетители аптек, принимающие лекарства каждый день. Сами цены на лекарства, как отдельный фактор, определяющий потребительский выбор, имели, вопреки ожиданиям, сравнительно низкий уровень влияния (по всей видимости, в силу низкой эластичности спроса на лекарства).

Ключевые слова: потребительское поведение, факторы влияния, финансовая доступность, ценовые тенденции, фармакологическая группа, лекарственная форма.

Введение. Согласно российским статистическим данным, количество жертв лекарственной терапии в три раза превышает число ежегодно погибающих в автомобильных катастрофах, а побочные отрицательные реакции применения лекарств стали четвертой по частоте причиной смерти. Значительный вклад в ухудшение здоровья людей вносят негативные процессы в экономике, рекламная агрессия средств массовой информации, нерациональное использование средств медицинского применения, законодательная и нормативная нестабильность, социально-психологическая атмосфера в обществе, а также высокий уровень бедности основной массы населения и низкий уровень финансирования здравоохранения, медицинской науки [1].

Со становлением фармацевтического рынка Армении в постсоветский период параллельно возрос платежеспособный спрос на лекарства со стороны населения. Известно, что рациональное потребление лекарств способствует повышению качества жизни, однако оно также несет в себе риски медицинского и финансового характера.

Традиционных экономических регуляторов, типичных для любых рыночных отношений, в сфере потребления лекарств недостаточно, поскольку речь идет о жизни и здоровье людей. Поэтому одним из направлений формирования национальной лекарственной политики является изучение факторов, влияющих на выбор и применение фармацевтических продуктов, основанных на анализе рынка, деятельности врачей, фармацевтических работников, а также поведения конечных потребителей, причем покупательское поведение конечных потребителей - наименее изученное из перечисленных [2].

На сегодняшний день известно, что поведение потребителей на рынке определяется как внутренними (личностные, культурные, психологические и др.), так и внешними (врачи, фарм. работники, реклама, социальные и др.) факторами воздействия. Поведенческие паттерны потребления лекарств отличаются от таковых других товаров и услуг своей спецификой [3,4,5,6]. В связи с тем, что все большую значимость приобретает ответственность современного

человека за свое здоровье, в числе других потенциально важных вопросов встает вопрос выбора безрецептурных лекарств.

В процесс принятия решений включаются такие промежуточные звенья, как врачи, фарм. работники и реклама, причем определяющими характеристиками для выбора лекарств у пациентов являются "приданные характеристики" лекарственного препарата (т.е. свойства, влияющие на выбор, но не связанные с лечебным эффектом), а фармакотерапевтические свойства отходят на второй план [3].

Среди внутренних факторов, определяющих поведенческий тип данного покупателя, как было отмечено, немаловажную роль играет возраст больного. Поведение покупателя пожилого возраста имеет свои особенности, так как они особенно тяжело переживают свои болезни. Они чаще беспокоятся, тревожатся, паникуют, впадают в депрессию, боятся, что не хватит денег на лечение, что окажутся беспомощными, зависимыми от других и т. д. [7]. Если принять во внимание результаты одного исследования, согласно которым большинство посетителей аптек - представители женского пола [8], то на горизонте появляется еще один существенный фактор, влияющий на выбор лекарств: пол покупателя. С позиции аптеки выбор лекарств со стороны конечного потребителя имеет экономический характер. В связи с этим, опосредованное влияние на выбор того или иного лекарства в данной аптеке оказывает наличие и частота отказов. Ведь отказ - это не только упущенная выгода от несостоявшейся продажи, но и нематериальные потери имиджа в результате недовольства покупателей [9].

Поскольку ценность товара не ограничивается его объективными характеристиками, но и тем, как индивидуальный покупатель оценивает данный товар в свете той потенциальной выгоды, которую он получит от его приобретения, то становится очевидным, что уровень доходов, т.е. платежеспособность посетителя аптеки, будет играть ключевую роль в вопросе выбора им аптечного товара [9].

Далее, немаловажным фактором, влияющим на выбор конкретного лекарства является лекарственная форма. Естественно, что парентеральные лекарственные

препараты намного проблематичнее пероральных в смысле их применения. Однако, среди самих пероральных лекарственных форм уже могут быть свои предпочтения в зависимости от специфики заболевания и индивидуальности больного [10]. Внешний вид упаковки лекарственного препарата также может стать положительным или отрицательным стимулом при покупке лекарства. Так, например, по требованию Управления по контролю за продуктами и лекарствами США, в 1980-х на упаковках лекарственного препарата *Ascutane* были представлены изображения деформированных новорожденных как следствие употребления данного препарата в период беременности [11].

Учитывая литературные данные, было принято решение провести исследование вышеупомянутых актуальных факторов среди посетителей аптек города Еревана.

Цель исследования. Сам факт наличия тех или иных симптомов заболевания еще не означает, что данный индивид обратится за профессиональной медицинской помощью и получит необходимую фармакотерапию. Исследований по изучению факторов, влияющих на потребительское поведение посетителей аптек, в Республике Армения (РА) почти не проводилось. В настоящее время потенциальный потребитель лекарств обладает большей свободой выбора, которая реализуется через практику самолечения. При самостоятельном принятии решения о потреблении лекарств непрофессионал склонен руководствоваться не столько медицинскими показаниями, сколько соображениями психологически обусловленного потребительского плана. При этом он оказывается в зависимости от источников информации. Исход при таком поведении может быть как положительным, так и отрицательным как в плане личного и общественного здоровья, так и в ощущении (или отсутствии таковой) субъективной удовлетворенности. Помочь скорректировать эти неблагоприятные последствия может адекватное понимание факторов, влияющих на выбор лекарств со стороны посетителей аптек как конечных потребителей фармацевтической продукции.

Природа, масштаб и ограничения. Данное исследование не ставит перед собой цели доказанья или опровержения какой-либо гипотезы и не претендует на выявление корреляционных причинно-следственных связей. По этой причине оно не представляет каких бы то ни было интерпретаций о действительных причинах и мотивирующих факторах тех или иных выявленных паттернов потребительского выбора и поведения. Результаты, полученные после программного анализа

данных, ограничиваются городом Ереваном. Ценность исследования заключается в том, что оно может служить отправной точкой и стандартом для сравнения последующих исследований, которые, возможно, будут иметь количественный характер и ставить целью проверку определенной гипотезы, поставленной на основании результатов данного исследования.

Методология. Настоящее исследование представляет собой кросс-секционный описательный анализ факторов, влияющих на потребительский выбор лекарств, проведенный в период с 1 августа по 15 ноября 2012 года. Исследование проводилось путем анкетирования респондентов. После отбраковки 9 анкет, данные остальных 226-ти были введены в программу SPSS for Windows и проанализированы.

1. Выборка. Выборка составила 235 лиц от 18 лет и старше, которые в момент исследования покупали лекарства из аптек города Еревана. Размер выборки был вычислен с помощью программы *EpiInfo*. В общей сложности из 12 районов города Еревана была выбрана 21 аптека из предварительно отобранных методом случайного выбора 5-ти районов города Еревана, а именно: 4 аптеки из Кентрона, 3 из Ачапняка, 5 из Авана, 4 из Шенгавита и 5 из Канакер-Зейтуна. Порайонно число респондентов составило 41, 36, 54,47 и 57 соответственно. Респонденты выбирались для интервью по принципу случайного выбора через каждый 3-й посетитель.

2. Инструмент. Опросник был составлен сотрудниками кафедры Управления фармации ЕрМГУ, который содержал закрытые вопросы, направленные на оценку определяющих факторов, влияющих на покупательское поведение посетителей аптек. Инструмент исследования был тестирован в двух аптеках: из районов Шенгавит и Ачапняк. Данные аптеки не входили в выборку исследования и обеспечили, в общей сложности, 13 респондентов для опробирования опросника. После анализа данных тестирования, опросник был подвергнут доработке и подготовлен к работе.

3. Сбор и анализ данных. Данные, полученные в результате опроса респондентов со стороны 6-х интервьюеров, прошедших предварительный тренинг на кафедре под супервизией главного автора исследования, были введены в программу SPSS for Windows и обработаны с последующим анализом, используя, в основном, описательные команды программы. Результаты. Демографическая структура опрошенных посетителей аптек города Еревана представлена в таблице 1.

Таблица 1 - Демографическая структура популяции опрошенных

Семейное положение	Образование	Пол	Возраст				Всего	%
			18-25	26-40	41-55	56 и выше		
состоящие в браке	средн.	м			2	2	4	8,4
		ж		6	1	8	15	
	средн. спец.	м		2	5	2	9	14,6
		ж	1	2	15	6	24	
	студент	ж	1		1	1	3	1,3
		м						

	высшее	м	1	3	9	5	18	34,1
		ж	5	9	31	14	59	
не состоящие в браке	средн.	м	13	1			14	13,3
		ж	12	1	1	2	16	
	средн. спец.	м	5		2		7	8,4
		ж	8	1	2	1	12	
	студент	м	8				8	8,0
		ж	10				10	
высшее	м	2	4		1	7	11,9	
	ж	7	6	3	4	20		
Всего			73	35	72	46	226	
%			32,3	15,5	31,9	20,4		100,0

Известно, что одним из лидирующих факторов, существенно влияющих на потребление лекарств, является их ценовая доступность. Однако, исследователям было интересно узнать как соотносится данный фактор с частотой потребления лекарств. Как это можно увидеть на графике 1, минимальную проблематичность в плане ценовой доступности испытывали те опрошенные, которые приобретали лекарство не для себя (27%), тогда как на ценовую недоступность лекарств пожаловались, в первую очередь, пользующиеся лекарствами ежедневно (7,1%). С другой стороны, интересно было наблюдать, что уровень удовлетворенности (полной или частичной) ценовой доступностью среди употребляющих лекарства 1-2 раза в неделю оказался, вопреки ожиданиям, на порядок ниже по сравнению с употребляющими лекарства ежедневно. Одним из возможных объяснений данного явления может послужить тот факт, что

ежедневно пользуются лекарствами, в основном, больные с такими хроническими заболеваниями, значительную часть которых правительство Армении включило в список заболеваний, затраты на лекарственную терапию которых частично или полностью покрываются государством. Другой причиной можно считать то, что больные с хроническими заболеваниями сравнительно лучше осведомлены как о своем состоянии, так и о фармацевтическом рынке (насколько это касается их заболевания) и со временем нашли недорогие аналоги лекарств, тогда как те, у которых заболевание находится на стадии развития, имеют тенденцию выбирать брендовые наименования лекарств, которые, хотя и обещают быть эффективными, однако, с другой стороны, создают у больного ощущение "дороговизны заболевания" и, соответственно, вызывают меньшую удовлетворенность ценовой доступностью лекарств.

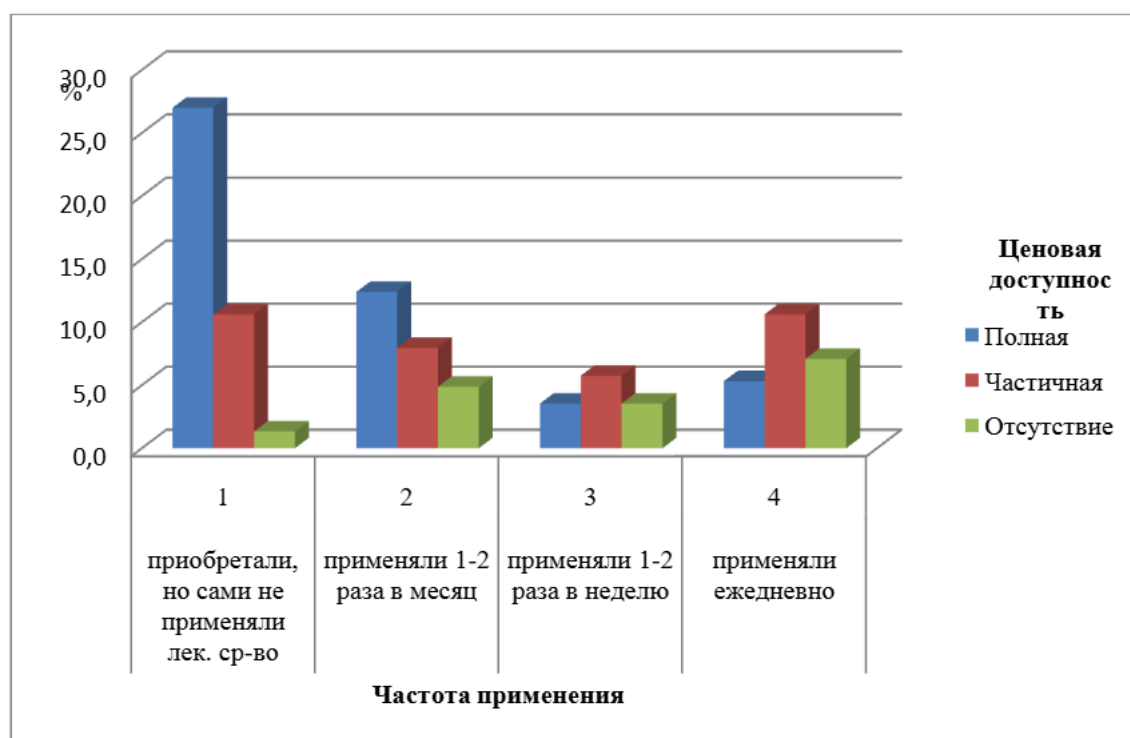


Рисунок 1 - Соотношение между частотой приобретения лекарств и их ценовой доступностью

(% от общего числа опрошенных)

Хотя является само собой разумеющимся, что с возрастом вероятность употребления лекарств повышается, все же, авторы посчитали уместным отразить реальную картину касательно вышесказанного среди опрошенных. Так, график 2 наглядно показывает,

что между возрастными категориями наибольший процент (10,2%) опрошенных, употребляющих лекарства ежедневно приходился на посетителей аптек от 56 лет и выше, а наибольшая доля покупок “не для себя” (16,8%) приходилась на посетителей от 18 до 25 лет.

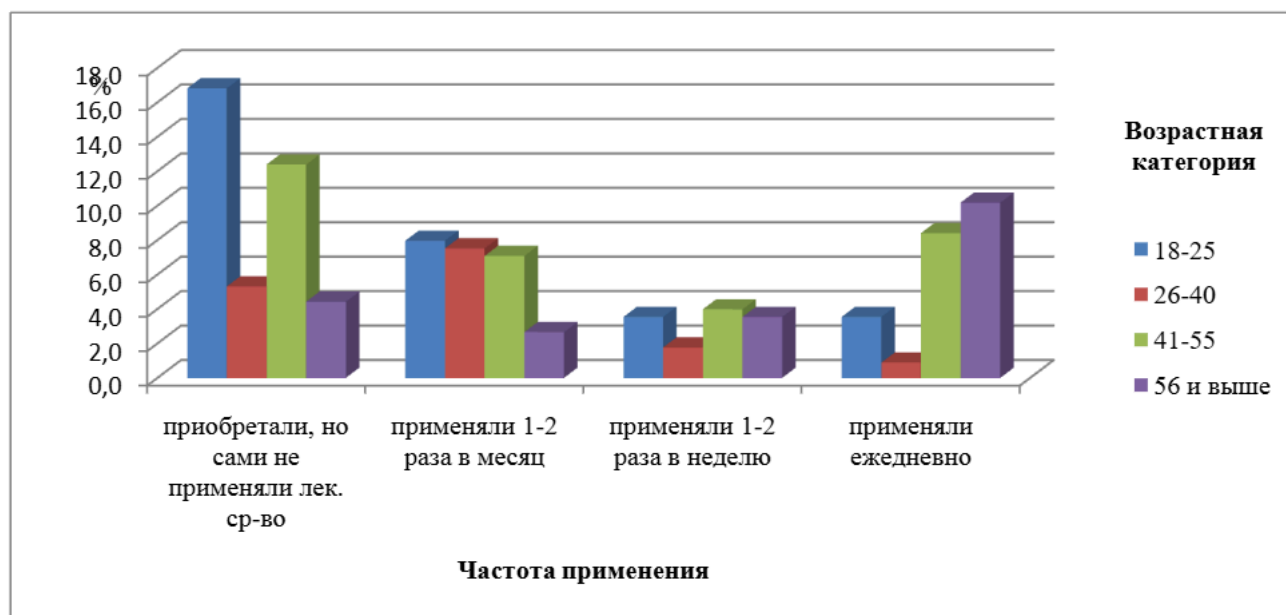


График 2 - Соотношение возраста и частоты применения лекарств между возрастными категориями

По таблице 2 можно увидеть то же процентное соотношение, только

внутри собственной возрастной категории.

Таблица 2 - Соотношение возраста и частоты применения лекарств внутри возрастной категории

Частота применения	Возрастная категория, %			
	18-25	26-40	41-55	56 и выше
приобретали, но сами не применяли лекарство	52,8	34,3	38,9	21,3
применяли 1-2 раза в месяц	25,0	48,6	22,2	12,8
применяли 1-2 раза в неделю	11,1	11,4	12,5	17,0
применяли ежедневно	11,1	5,7	26,4	48,9
Всего, %	100,0	100,0	100,0	100,0

Интересно было наблюдать соотношение категорий ценовой доступности с ценами и ценовыми тенденциями в зависимости от семейного положения опрошиваемых. Так, согласно таблицам 3 и 4, наибольший процент тех опрошенных, которые жаловались на частичную ценовую доступность или отсутствие ее, отмечали также высокие настоящие цены (таблица 3) и тенденции к повышению цен (таблица 4), причем, это были люди, в

основном, семейные. С другой стороны, наибольший процент тех респондентов, для которых ценовая доступность лекарств была самой высокой, отмечали высокий уровень существующих цен при отсутствии каких-либо изменений в ценовых тенденциях, причем, эта категория респондентов была представлена, в основном, людьми не состоявшими в браке.

Таблица 3 - Соотношение семейного статуса с ценовой доступностью и ценами на момент исследования

Цены на лекарства	Семейный статус	Ценовая доступность			Всего, %	
		4	5	6		
		Полная	Частичная	Отсутствие		
1	Высокие	сост. в браке	13,3	18,1	11,5	42,9

		не сост. в браке	16,4	8,8	1,8	27,0
2	Средние	сост. в браке	7,5	6,2	1,3	15,0
		не сост. в браке	11,1	1,3	1,8	14,2
3	Низкие	сост. в браке		0,4		0,4
		не сост. в браке			0,4	0,4
Всего, %			48,2	35,0	16,8	100,0

Таблица 4 - Соотношение семейного статуса с ценовой доступностью и ценовыми тенденциями лекарств на момент исследования

Ценовые тенденции	Семейный статус	Ценовая доступность			Всего, %
		4	5	6	
		Полная	Частичная	Отсутствие	
1	сост. в браке	14,2	17,7	8,0	39,8
	не сост. в браке	7,5	5,8	2,7	15,9
2	сост. в браке		1,3	0,4	1,8
	не сост. в браке		0,4		0,4
3	сост. в браке	6,6	5,8	4,4	16,8
	не сост. в браке	19,9	4,0	1,3	25,2
Всего, %		48,2	35,0	16,8	100,0

Один из пунктов опросника был нацелен на выявление степени влияния тех или иных потенциальных факторов на приобретение лекарств. График 3 показывает, что в первую “тройку” факторов, влияющих на выбор лекарств, а также на само решение приобрести лекарственное средство входят рекомендация врача, определенные

знания о лекарстве и опыт применения, а также рекомендация фарм. работника. Интересно отметить, что по шкале рекомендация фарм. работника ненамного превышала по уровню влияния цены на лекарства и значительно уступала собственным знаниям и опыту покупателя.

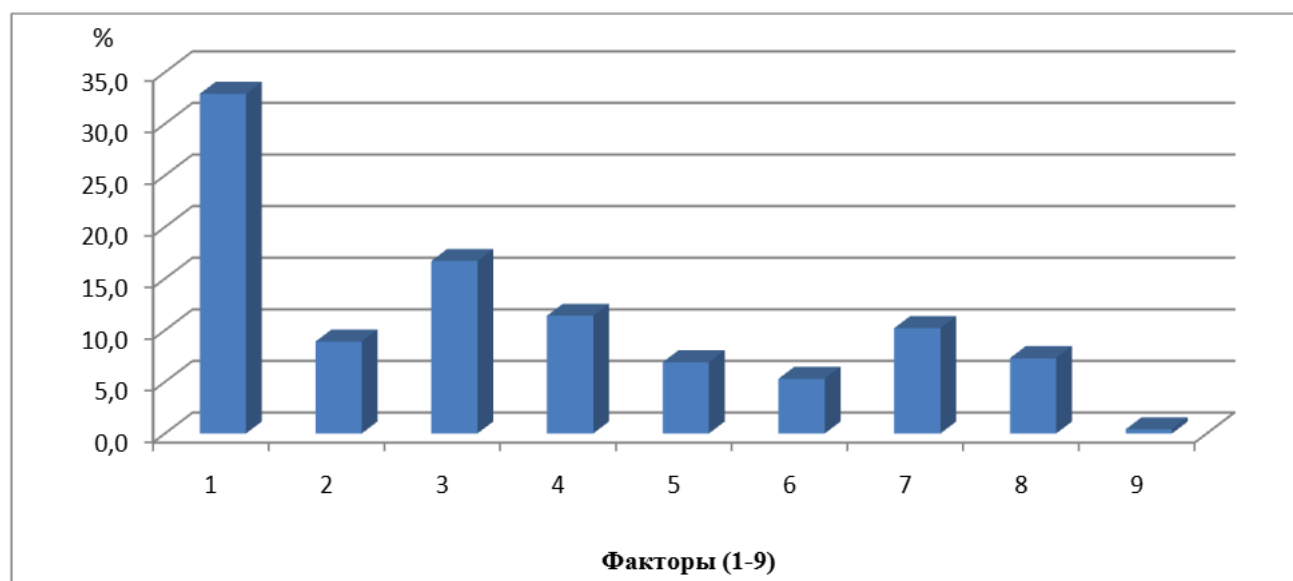


Рисунок 3 - Факторы, влияющие на выбор лекарств

1 – рекомендация/назначение врача, 2 – соотношение цены с эффективностью лекарства, 3 – информированность покупателя о лекарстве и прошлый опыт применения, 4 – рекомендация фарм. работника, 5

– страна-производитель и мировой рейтинг фирмы, производящей данное лекарство, 6 – реклама в средствах массовой информации, 7- цена лекарства, 8 – удобство для применения лек. формы и дозировки, 9 –

наличие рекламных буклетов и удачного

мерчендайзинга в самой аптеке

Данный факт может послужить хорошим поводом для дальнейших исследований и мер в направлении повышения роли и репутации фарм. работников в вопросе предложения лекарств-альтернатив (при условии, что в каждом конкретном случае фарм. работники будут обладать свободой для подобной практики).

Поведение покупателя в случае отсутствия лекарства в аптеке входит в ряд актуальных проблем. В частности, нас интересовало, будут посетители продолжать поиски данного лекарства в других аптеках, примут предложенный фарм. работником аналог или же вообще

Таблицы 5 и 6 отражают “популярность” той или иной группы лекарств и лекарственных форм соответственно. Стоит обратить внимание на тот факт, что суспензии как лекарственная форма уступали по степени удобства применения ампулам и растворам для внутривенных вливаний.

откажутся от дальнейших поисков. Однако, данный аспект покупательского поведения оценивался не сам по себе, а именно в контексте “подверженности” покупателей влиянию того или иного фактора,

Таблица 6 - Частота применения лекарств в зависимости от лекарственной формы

Лекарственная форма	Отмечено, кол-во раз	%
Таблетки	184	21,3
Мази	117	13,6
Капсулы	95	11,0
Капли	85	9,8
Порошки	78	9,0
Сиропы	66	7,6
Суппозитории	63	7,3
Ампулы	62	7,2
Внутривенные	60	7,0
Суспензии	53	6,1
Всего	863	100,0

Таблица 5 - Частота применения лекарств в зависимости от фармакологической группы

Фармакологическая группа	Отмечено, кол-во раз	%
НСПВ	167	18,7
Средства от гриппа и простуды	112	12,5
Седативные	105	11,8
Противокашлевые	83	9,3
Болеутоляющие мази	82	9,2
Желудочно-кишечный тракт	80	9
Витамины	76	8,5
Противоаллергические	71	8
Противогрибковые	59	6,6
Дерматологические	58	6,5
Всего	893	100

определяющего их поведение. Так, на графике 4 можно проследить следующую тенденцию: те покупатели,

которые придавали наибольшее значение рекомендациям врача, оказались наиболее склонными

как к продолжению своих поисков в других аптеках, так и к принятию предложенных фарм. работником аналогичных лекарств (фактор 1). Те покупатели, которые придавали большее значение советам провизоров и фармацевтов, являлись вторыми по уровню решимости продолжать поиски лекарств или же принимать

предложение фарм. работника (фактор 4). Среди тех, кто руководствовались в первую очередь происхождением лекарств (страной-производителем и фирмой) и их ценами, существенной разницы в поведении в случае отказа не наблюдалось (факторы 5 и 7).

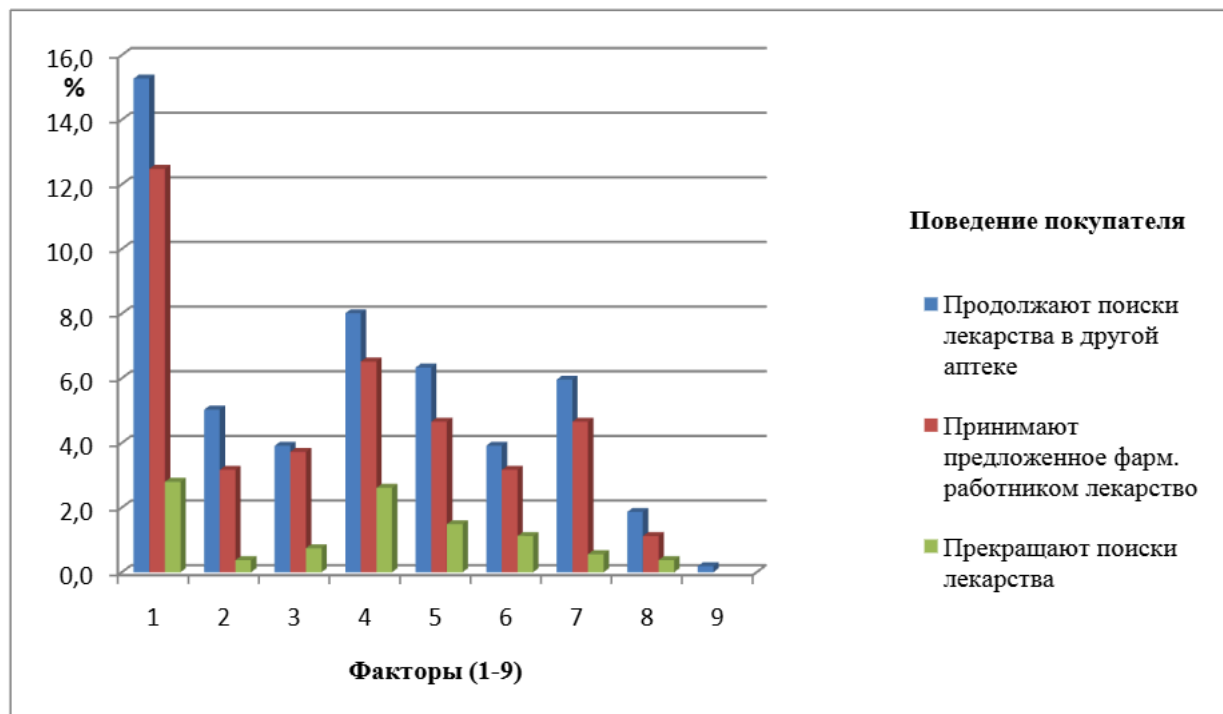


Рисунок 4 -Соотношение факторов, влияющих на выбор лекарств и поведения покупателей в случае отказа со стороны аптек, %

1 – рекомендация/назначение врача, 2 – соотношение цены с эффективностью лекарства, 3 – информированность покупателя о лекарстве и прошлый опыт применения, 4 – рекомендация фарм. работника, 5 – страна-производитель и мировой рейтинг фирмы, производящей данное лекарство, 6 – реклама в средствах массовой информации, 7- цена лекарства, 8 – удобство для применения лек. формы и дозировки, 9 – наличие рекламных буклетов и удачного мерчендайзинга в самой аптеке

Закключение. Исследование выявило следующие ключевые факторы, влияющие на выбор лекарств, как составляющее покупательского поведения посетителей аптек города Еревана: рекомендации врача, собственный опыт и знания, рекомендации фарм. работников, ценовая доступность лекарств, фармакологическая группа, а также лекарственная форма. Согласно результатам опроса, респонденты, состоящие в браке были более склонны к тому, чтобы считать настоящий

уровень цен на лекарства, и их тенденции к росту высокими по сравнению со своими безбратными согражданами. На низкую финансовую доступность лекарств жаловались, больше всего, те посетители аптек, которые употребляют лекарства ежедневно. Определенную роль играли также фармакологическая группа и лекарственная форма. Цены на лекарства, как отдельный фактор, влияющий на выбор, имели сравнительно низкий уровень влияния. Те посетители, которые направлялись в аптеку по рекомендации врача, были наиболее склонны продолжать поиски лекарства в других аптеках в случае их отсутствия в одной. Таким образом, результаты, полученные в ходе исследования, могут послужить основой для дальнейших исследований с целью выявления отчетливых корреляций между действующими факторами, с последующей возможностью более рационального управления покупательским поведением.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Селезнев Е.Ф., Чайцев В.Г. Медико-фармацевтические проблемы биоэтики.// Экономический вестник фармации. - № 1. – 2005. - С. 33-41.
- 2 Карманова В.С. Социальные детерминанты потребления фармацевтических продуктов. Дисс. на соискание ученой степени кандидата социологических наук. – Владикавказ: 2010г. - 144 с.
- 3 Павлова М.Н. Социально-психологические особенности потребления лекарств. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата психологических наук. - Москва: 2008. - 26 с.
- 4 Колипова Ю. Портрет посетителя аптеки. Российские аптеки. - № 3. - 2003г. - С. 47-49.
- 5 Гойдин Я. А. Взаимоотношение поставщиков и потребителей фармацевтических услуг на рынке лекарств. Дисс. на соискание ученой степени кандидата социологических наук. – Волгоград: 2005г. - 142 с.
- 6 Mintzes B., Barer M.L., Kravitz R.L. et al. Influence of direct to consumer pharmaceutical advertising and patients' requests on prescribing decisions: two-site cross sectional survey. – BMJ: 2002. – 324. - P.278-279.
- 7 Гурьянова М.Н. Пожилые посетители в аптеке: стратегии взаимодействия. Новая аптека. Эффективное управление. Новая аптека. - № 3. – 2010. - С. 46-50.
- 8 Дремова Н.Б. Потребитель товаров фармацевтического рынка: женский потребительский профиль. Аптечный бизнес. - N4. - 2006г. - С. 50-54.
- 9 Федосова М., Ким Д. Аптека: как стать для покупателя единственной?// Бизнес медицина. - N 1-2. - 2005.
- 10 Баева Е.Е. Анализ факторов, влияющих на психологию покупателя лекарств. Маркетинг в России и зарубежом. - N1. - 2007.
- 11 Perner L. Consumer Behavior: The Psychology of Marketing, 2012. <http://www.consumerpsychologist.com>

M. BEGLARYAN, K. SAHAKYAN, A.AMIRJANYAN

Yerevan State Medical University

Department of Pharmaceutical Management

ANALYSIS OF FACTORS, INFLUENCING THE CHOICE OF MEDICINES AS AN INGREDIENT TO THE WHOLE CUSTOMER BEHAVIOR OF THE CUSTOMERS OF PHARMACIES

Resume: Current study is a cross-sectional survey, aimed at revealing the key factors that affect customer choice in buyers of medicines in pharmacies of the city of Yerevan. A closed-ended questionnaire was employed as a tool for survey. The data were subsequently entered in SPSS for Windows and analyzed, using primarily descriptive commands of the package. Among the main factors that were revealed to influence the customer choice were: doctors' recommendations, the customers' own knowledge and experience concerning the medicine and the recommendations of pharmacists. Further, married people were more prone to consider comparatively high both current prices of the drugs and their tendencies to grow. Those who consume medicines on a daily basis were most likely to complain of low affordability of their medicines. Interestingly enough, the prices themselves, as a separate factor, did not manifest much influence on customer choice (probably, due to inelastic demand for medicines).

Keywords: customer behavior, influencing factors, medicine choice, pharmacy, age group, marital status, drug affordability, price tendencies, pharmacological groups, drug formulation.

А.А.БУШАНСКАЯ

ГККП «Центральная районная больница Талгарского района»

АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ СЛУЖБЫ КРОВИ В КАЗАХСТАНЕ

Для развития службы крови необходимо проведение научно-прикладных исследований, научных разработок, рекомендаций и стандартов деятельности по различным вопросам производственной и клинической трансфузиологии. Обеспечение безопасности, качества и доступности трансфузионной помощи гражданам предусматривает реализацию комплекса неотложных мер по совершенствованию и развитию этой службы для предотвращения передачи инфекционных заболеваний через донорские компоненты крови наряду с их рациональным и эффективным использованием, что в свою очередь, требует совершенствование нормативной правовой базы и организационной структуры службы крови.

Ключевые слова: служба крови, трансфузиология, гематология.

Для развития службы крови необходимо проведение научно-прикладных исследований, научных разработок, рекомендаций и стандартов деятельности по различным вопросам производственной и клинической трансфузиологии.

На сегодняшний день в республике функционирует 23 центра крови – 14 областных, городской центр крови в городе Алматы, Республиканский центр крови, Научно-производственный центр трансфузиологии и 6 городских центров в городах, не имеющих областного статуса.

Количество донаций ежегодно составляет порядка 270 тысяч, объемы заготовки донорской крови и ее компонентов 170 тысяч литров. Штаты региональных центров крови укомплектованы специалистами с высшим медицинским образованием на 82%, средним медицинским персоналом – на 92% [1].

Гематологическая служба – одна из самых молодых. В ее деятельности много нерешенных проблем, в том числе рост гематологической заболеваемости. Причиной могут являться запоздалая диагностика, неадекватная терапия, нехватка необходимых препаратов и т.д. Остро стоит и проблема кадров. Если число врачей-гематологов в Казахстане составляло ниже расчетного показателя, принятого за норму еще в бывшем СССР, то в 2000 годы на 1 ставку приходилось 100 тысяч взрослого, на 0,5 ставки 100 тысяч детского населения. При этом неравномерно распределение гематологов по областям. В большинстве регионов республики в организациях здравоохранения отсутствуют освобожденные ставки врачей-трансфузиологов. Выделенные 0,25-0,5 ставки врача-трансфузиолога занимают совместители, у которых зачастую отсутствуют специализация и сертификаты трансфузиологов, что объясняется длительностью курса переподготовки. Отсутствие утвержденных стандартов оснащения кабинетов трансфузиолога может привести к ненадлежащему хранению компонентов крови. Не внедряются современные методы иммуногематологических исследований, не развита единая система мониторинга и оценки эффективности трансфузионной терапии, регистрации посттрансфузионных осложнений.

В свете происходящего, следует признать, что создание научно-производственного центра вызвано необходимостью внедрения в деятельность службы крови республики международных стандартов качества, создания собственной научной школы трансфузиологии, а также интеграции в мировое сообщество трансфузиологов.

Цель создания службы крови, соответствующей лучшей международной практике и обеспечивающей качество, эффективность и безопасность трансфузионной терапии предполагает реализацию следующих задач: совершенствование нормативной базы службы и развитие кадрового потенциала; развитие безвозмездного добровольного донорства; совершенствование системы лабораторного скрининга и заготовки компонентов крови; создание единого информационного пространства службы крови республики; внедрение и развитие эффективной системы менеджмента качества продукции в каждом центре крови; обеспечение эффективного функционирования оборудования в центрах крови; структурное преобразование службы крови в регионах в соответствии с международными принципами; планирование и организация научно-прикладных исследований в области трансфузиологии; принятие мер по изучению и использованию опыта применения компонентов крови, основанного на доказательствах; обеспечение препаратами крови через развитие контрактного фракционирования сырья.

При этом деятельность службы нецелесообразна без создания единой электронной базы данных по донорам, а также информационную сеть между центрами крови республики и службами, предоставляющими сведения о лицах, кому противопоказано донорство.

Также необходимы тематические дискуссии, семинары специалистов, способствующие обмениваться опытом и достижениями по таким важным аспектам, как обеспечение системы здравоохранения компонентами крови, внедрение новых принципов организации безопасного донорства и современных методов лечения, основанных на применении эффективных технологий производства компонентов крови и лекарственных средств из плазмы крови. Такие мероприятия станут не только хорошей площадкой для общения специалистов разных стран, но и помогут решению актуальных проблем науки и практики гематологии и трансфузиологии.

Современное состояние службы крови в Республике Казахстан характеризуется стабильными показателями развития. При этом имеются проблемы, требующие своего решения, таких как ограниченное финансирование службы крови, которое обуславливает недостаточный уровень внедрения в практику

технологий обеспечения инфекционной и иммунологической безопасности компонентов крови.

Отсутствие современного производства препаратов крови является одной из серьезных проблем службы крови Казахстана. В Казахстане производство препаратов крови, имеющееся в ряде центров крови, не имеет необходимых мощностей и морально устарело.

Таким образом, обеспечение безопасности, качества и доступности трансфузионной помощи гражданам предусматривает реализацию комплекса неотложных мер по совершенствованию и развитию этой службы для

предотвращения передачи инфекционных заболеваний через донорские компоненты крови наряду с их рациональным и эффективным использованием, что в свою очередь, требует совершенствование нормативной правовой базы и организационной структуры службы крови; внедрение современных технологий на основе модернизации материально-технической базы; повышение квалификации специалистов службы крови; развитие донорства крови и ее компонентов на основе внедрения международного опыта его организации; создание системы гарантии качества продуктов крови.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан № 614 «Концепция развития службы крови Республики Казахстан на 2011-2015 годы» от 12 сентября 2011 года.

ҚАЗАҚСТАНДАҒЫ ҚАН ҚЫЗМЕТІ ЖАҒДАЙЫН ТАЛДАУ

Түйін: Қан қызметін дамыту үшін ғылыми-қолданбалы зерттеулер жүргізіп, өндірістік және клиникалық трансфузиология сұрақтары бойынша ғылыми талдаулар, ұсыныстар мен стандарттар жасалуы тиіс. Азаматтарға трансфузиялық көмек қауіпсіздігін, сапасын, қол жеткізуін қамтамасыз ету қандағы донор компоненті арқылы жұқпалы аурулардың берілуінің алдын алу, оны қолдану рационалдығы мен тиімділігін қамтамасыз етуге бағытталған қан қызметін жетілдіру және дамыту бойынша шұғыл шаралар кешенін жүзеге асыруды талап етеді. Соңғысы өз кезегінде қызметтің ұйымдастырылу құрылымы мен нормативтік-құқықтық негізін жетілдіру арқылы жүзеге асады

Түйінді сөздер: қан қызметі, трансфузиология, гематология.

ANALYSIS OF BLOOD SERVICE IN KAZAKHSTAN

Resume: For the development of blood services necessary to conduct applied research, scientific developments, guidelines and standards activities on issues of industrial and clinical transfusion. Safety, quality and availability of transfusion to citizens provides for the implementation of urgent measures to improve and develop the service to prevent the transmission of infectious diseases through donated blood components as well as their efficient and effective use, which in turn requires improving the legal framework and organizational structure blood service.

Keywords: Blood Service, Transfusion, hematology.

ЭКОНОМИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Приоритетом деятельности общественного здравоохранения должно оставаться достижение социальных целей, хотя ограниченность ресурсов делает необходимым сочетание социальных и экономических целей, удовлетворяющих общественную потребность.

Ключевые слова: экономика здравоохранения, рынок, рыночные отношения, ресурсы

Общая цель экономики и организации здравоохранения — это изучение экономических и организационных отношений, объективно складывающихся между людьми и возникающих в процессе осуществления медицинской профессиональной деятельности [1].

Данные отношения характеризуются двумя направлениями. Первое направление - организационно-экономические отношения, которые определяются технологией самого лечебно-профилактического процесса и отражают те общие черты ОЗ данного типа (стационары, поликлиники, диагностические центры, и т.д.).

Второе направление представлено социально-экономическими отношениями, анализ которых позволяет выявлять специфические, своеобразные черты хозяйственной деятельности организации здравоохранения, функционирующих в различных условиях (государственные, частные, кооперативные, акционерные и др.).

Знание этих двух направлений отношений позволяет выбрать оптимальную хозяйственно-правовую модель предпринимательской деятельности в здравоохранении.

В зависимости от источников финансирования и по форме покрытия затрат при предоставлении медицинских услуг происходит дифференциация организационно-экономических систем медицинских организаций. Успех деятельности предпринимательских структур в сфере здравоохранения во многом зависит от особенностей формирующейся в Казахстане рыночной экономики.

Действуя в условиях рыночной экономики, здравоохранение, как и любая другая отрасль, подчиняется законам рынка.

Рынок медицинских товаров и услуг – это сегмент рынка, предоставляющий медицинские товары и услуги для сохранения и улучшения здоровья населения, это совокупность медицинских технологий, изделий медицинской техники, методов организации медицинской деятельности, фармакологических средств, врачебного воздействия и профилактики. Он дает возможность получать и оказывать медицинские услуги, гарантирует их необходимый объем и соответствующий уровень качества.

Рыночные отношения выражают определенную экономическую обособленность производителей и потребителей продуктов и услуг, возмездность их взаимодействия. По своему содержанию они включают широкий набор различных элементов. Сфера охвата рыночными отношениями тех или иных сторон жизнедеятельности общества не является постоянной величиной. Рыночный механизм является процессом, посредством которого продавцы и покупатели взаимодействуют, чтобы определить цену и количество

производимых благ, тем самым спрос, предложение и цена являются главными его элементами.

Как известно, сущность рыночных отношений заключается в конкуренции, которая определяется как определенный тип взаимоотношений между производителями по поводу установления цен и объемов предложения товаров и услуг, а также между потребителями по поводу формирования цен и объема спроса на рынке. С позиции структурной организации рынка определяющее значение имеет число производителей (продавцов) и количество потребителей (покупателей), участвующих в процессе обмена.

Конкурентная борьба за экономическое выживание и процветание — основной закон рыночной экономики. При этом, на рынке здравоохранения конкурентными участниками могут быть: государственные учреждения здравоохранения — по реализации государственного задания на конкурсной основе; организации, производящие аналогичные товары и услуги для нужд здравоохранения; частнопрактикующие врачи и фармацевтические работники, предоставляющие аналогичные медицинские товары или услуги медицинского назначения.

Изучение конкурентов, выделение их сильных и слабых сторон крайне важно для завоевания определенной доли рынка медицинских услуг. Сравнив свои услуги с услугами конкурентов, можно определить свои конкурентные преимущества, позиции на рынке, которые отличают их от других. Именно они помогают получить прибыль выше, чем другие, производящие и оказывающие одинаковые медицинские товары и услуги.

Господствовавший долгие годы в этих сферах государственный монополизм, незначительная сумма средств, выделяемая из государственного бюджета, преобладание экстенсивных методов развития являются основными причинами возникших затруднений. Появившиеся в этих условиях первые медицинские кооперативы, малые предприятия во многом имели успех благодаря доступу к современному оборудованию, дефицитным лекарствам, привлечению наиболее квалифицированных специалистов. Это привело к еще большей дифференциации качества медицинского обслуживания, усилило социальную напряженность в обществе. Поэтому государство было вынуждено пойти на усиление государственного контроля в производстве лекарств и медицинской техники.

В любом случае большинство этих проблем могут быть успешно решены только с расширением финансовой базы всей системы охраны здоровья в стране [2].

Развитие рыночных отношений дает возможность привлекать не только традиционные источники финансовых средств (государственный бюджет), но и

другие - средства государственных и общественных организаций, предприятий, доходы от ценных бумаг, кредиты банков и других кредиторов.

Экономика здравоохранения тесно связана с экономикой страны в целом. В свою очередь, здравоохранение влияет на развитие экономики народного хозяйства через сохранение здоровья населения (снижение смертности, особенно в трудоспособном возрасте, младенческой и по возрастной смертности детей,

заболеваемости и инвалидности, увеличение средней продолжительности жизни).

Таким образом, приоритетом деятельности общественного здравоохранения должно оставаться достижение социальных целей, хотя ограниченность ресурсов делает необходимым сочетание социальных и экономических целей, удовлетворяющих общественную потребность.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Л. Ю. Трушкина и др. Экономика и управление здравоохранением: Учебник. – Изд. 4 –е. - Ростов – на – Дону: Феникс, 2005. – 384с.
- 2 Виноградов В.В. Экономика России. – М.: Юрист, 2001. – 398с.

Т.Б. ДЖЕНАЛАЕВ

ҚАЗІРГІ ЖАҒДАЙДАҒЫ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ЭКОНОМИКАСЫ

Түйін : Қоғамдық денсаулық сақтау жұмысының басымдылықтары өлеуметтік мақсаттарға жету болып табылады. Ал, Қоғамдық қажеттіліктерді қанағаттандырушы қажетті өлеуметтік және экономикалық мақсаттар үйлесімділігін ресурстардың шектеулігі жасайды

Түйінді сөздер: денсаулық сақтау экономикасы, нарық, нарықтық қатынастар, қорлар

T.B. DZHENALAYEV

HEALTH CARE ECONOMY IN MODERN CONDITIONS

Resume: Priority of activity of public health care there has to be an achievement of the social purposes though limitation of resources does necessary a combination of the social and economic targets satisfying public requirement.

Keywords: health care economy, market, market relations, resources

Т.Б. ДЖЕНАЛАЕВ

ГКП на ПХВ Родильный дом №2

СОСТОЯНИЯ И ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

Современное состояние стационарной помощи позволяет определить ряд основных направлений реформирования данного сектора здравоохранения в соответствии с целевыми установками стратегии развития всей системы.

Ключевые слова: стационарная помощь, больничная помощь, коечный фонд

Системы здравоохранения разнообразны. Однако инфраструктура, технологии и, прежде всего, кадры, обладающие адекватным сочетанием навыков и квалификаций, важны для всех моделей здравоохранения.

Целью совершенствования системы здравоохранения является улучшение общественного здоровья на основе повышения доступности и качества медицинской помощи для широких слоев населения, при повышении эффективности использования финансовых, материальных и кадровых ресурсов отрасли. Успешное решение столь важных задач во многом зависит от результативности усилий по реформированию системы управления в области здравоохранения [1].

Необходим комплексный подход и системный анализ деятельности учреждений здравоохранения соответствующего региона с учетом состояния сети лечебно-профилактических учреждений, их структуры, материально-технического оснащения, темпов развития, потребности населения в соответствующих видах медицинской помощи и ее удовлетворения, организационно-правового, информационного, штатного, финансового и других видов ресурсного обеспечения.

До настоящего времени отмечается недостаточный уровень материально-технической базы здравоохранения. По данным проведенного социального опроса, в медицинских организациях страны отмечается износ основных фондов, в том числе медицинского оборудования [2]. Введенная дифференцированная система оплаты труда, в настоящее время не имеет взаимосвязи с конечным результатом лечения пациента. И поэтому высокое качество пока остается проблематичным. И это в то самое время, когда западное здравоохранение в последние десятилетия шагнуло вперед за счет технологических сдвигов, существенно повышающих результаты диагностики и лечения пациентов.

Здоровье населения – одно из основных показателей устойчивого экономического роста любого государства. Конституция РК каждому гражданину гарантирует право на охрану и укрепление собственного здоровья. Данное право реализуется через социальную политику государства.

Основой развития современного здравоохранения остается совершенствование организации оказания медицинской помощи населению. В сложных условиях экономических преобразований и ухудшения состояния здоровья населения, совершенствование организации и повышение качества стационарной помощи занимает ведущее место в реформировании системы здравоохранения Республики Казахстан.

Следует отметить, что коечный фонд стационаров во многих случаях использовался в недостаточной мере и не по назначению. Занятость койки на протяжении последних лет оставалась значительно ниже нормативной и составляла в среднем 290-307 дней в году. В то же время, средняя продолжительность стационарного лечения в РФ, а также в РК составляла 16 дней, в то время как в развитых странах она равнялась 8-13 дням.

По мнению других ученых, развитию менее затратных стационарозамещающих технологий отводится важная роль в «реструктуризации» системы здравоохранения и обоснованном сокращении расходов на медицинскую помощь. Совершенствование организации оказания медицинской помощи посредством разделения коек в зависимости от интенсивности лечебно-диагностического процесса, и перераспределения объемов медицинской помощи из стационарного сектора в амбулаторные условия, реализуется возможность обеспечения непрерывности лечения терапевтических больных.

Необоснованно длительные сроки пребывания больных на койке, в значительной мере, зависят от несовершенной организации лечебно-диагностического процесса. Одной из причин является неполное обследование больных на догоспитальном этапе.

Вопросы стратегического планирования ресурсов больницы также актуальны. Новая концепция стратегического планирования ресурсов больницы позволяет рассматривать весь процесс стратегического планирования как инструмент интеграции всех планово-управленческих функций с целью придания деятельности управленческих подсистем больницы общего стратегического характера. При этом подразумевается максимальная самостоятельность и поисковая активность больничных подразделений. Реализация механизмов гибкого стратегического планирования ресурсов больницы требует пересмотра традиционной логики планирования и применения логики альтернативного подхода «ресурсы-стратегия-цели» [3, 4].

Структурные изменения находят признание в управлении здравоохранением, в новых источниках финансирования, их смещения в регионы. Реализация резервов в системе управления охраной здоровья населения, здравоохранения и ее финансирования – сложный и длительный процесс, предполагающий разработку и принятие ряда законодательных и социально-экономических документов, материализующих принятые ранее предложения об охране здоровья населения, правах граждан и пациентов в укреплении их здоровья и оказании медицинской помощи.

Благодаря внедрению новых технологий появляется возможность использования более сложных методов лечения. Необходимо также по-новому подбирать кадры: ведь современная больница нуждается в работниках с высокой технической квалификацией и в квалифицированных руководителях, способных управлять сложной структурой лечебного учреждения.

Таким образом, анализ данных о современном состоянии стационарной помощи позволяет определить ряд основных направлений реформирования данного сектора здравоохранения в соответствии с целевыми установками стратегии развития всей системы. Немаловажным аспектом при этом является финансирование и доступность стационарной помощи.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Бадаев Ф.И., Л.И.Васильцова, Колетова М.В. Проблемы использования основных фондов в крупных многопрофильных больницах // Экономика здравоохранения. – 2002. – № 1(60). – С. 22-25.
- 2 Адаменко А.М., Рагозный А.Д., Тимофеева О.А. Экономические методы управления в деятельности городской многопрофильной больницы // Гл.врач. – 2003. – № 11. – С.8-11.
- 3 Ясин Е., Якобсон Л., Шишкин С. и др. Российское здравоохранение: как выйти из кризиса // Отечественные записки. – 2006. – № 2(29). – С. 29-34.
- 4 Фоломеев Н.В. Медицинская помощь и ее техническое обеспечение // Менеджер здравоохранения. –2007. – № 2. – С. 35-39.

Т.Б. ДЖЕНАЛАЕВ

ХАЛЫҚҚА СТАЦИОНАРЛЫҚ КӨМЕКТІ ҰЙЫМДАСТЫРУ ЖАҒДАЙЫ МЕН МӘСЕЛЕРІ

Түйін : Стационарлық көмектің қазіргі жағдайы денсаулық сақтау жүйесінің мақсаттық даму стратегиясына сәйкес денсаулық сақтау секторын реформалаудың негізгі бағыттарын анықтауға мүмкіндік береді.

Түйінді сөздер: стационарлық көмек, ауруханалық көмек, төсек қоры

T.B. DZHENALAYEV

CONDITIONS AND PROBLEMS OF THE ORGANIZATION OF THE STATIONARY HELP TO THE POPULATION

Resume: The current state of the stationary help allows to define a number of the main directions of reforming of this sector of health care according to purposes of strategy of development of all system.

Keywords: stationary help, hospital help, population.

УДК:614.2:614.21/2(470+571)

Т.Б. ДЖЕНАЛАЕВ

ГКП на ПХВ Родильный дом №2

К ВОПРОСУ РЕФОРМИРОВАНИЯ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ

Современный этап реформирования здравоохранения связан с разработкой концептуальных положений нового подхода в оказании стационарной медицинской помощи.

Ключевые слова: стационарная помощь, качество медицинских услуг, реформирования.

Современный этап реформирования здравоохранения связан с разработкой концептуальных положений нового подхода в оказании стационарной медицинской помощи. Основными направлениями формирования перспективной модели здравоохранения являются оптимизация планирования и финансирования, разработка и внедрение инновационных технологий организации медицинской помощи, повышение профессионального потенциала работников здравоохранения, оптимизация законодательной деятельности и коррекция нормативно-правовой базы здравоохранения, совершенствование лекарственного обеспечения, повышение эффективности управления и обеспечения качества медицинской помощи

Качество медицинских услуг является комплексным понятием и зависит от множества емких причин, среди которых следует выделить материально-техническую оснащенность медицинских организаций, уровень профессионализма и наличие мотивации клинических специалистов

к его повышению, внедрение современных технологий управления процессами организации и оказания медицинской помощи, внедрение эффективных методов оплаты медицинской помощи. Совершенствование управления качеством медицинских услуг занимает важное место в контексте стратегического развития здравоохранения Казахстана до 2020 года».

Исследованию методов улучшения стационарной помощи населению посвящено много работ. Наиболее основными путями повышения качества стационарной помощи являются рациональное использование дорогостоящего коечного фонда, интенсификация лечебно-диагностического процесса путем внедрения высокоэффективных и малоинвазивных методов организации обслуживания и лечения стационарных больных, дальнейшее развитие диспансеризации и специализированных видов стационарной помощи, совершенствование организации догоспитального этапа. В настоящее время стационарная помощь является наиболее ресурсоемкой отраслью, в которой сосредотачивается до 80% финансовых и материально-технических ресурсов системы здравоохранения. Повышение качества стационарной помощи при более эффективном использовании ресурсов медицинских учреждений является одной из важнейших задач реформирования здравоохранения.

Известно, что качество стационарной помощи, в отличие от амбулаторно-поликлинической, определяется не только уровнем квалификации медицинского персонала, качеством организации ухода, но и характером решения бытовых вопросов, таких как обеспечение питанием, бельем, медикаментами и перевязочным материалом.

С целью оптимизации работы стационаров города в современных социально-экономических условиях необходимо внедрить систему стационарозамещающих технологий (СЗТ), позволяющих рационально использовать материально-технические, трудовые ресурсы здравоохранения, сократить число необоснованных госпитализаций, повысить качество оказания медицинской помощи населению.

Стационарозамещающими технологиями являются: дневные стационары при амбулаторно-поликлинических учреждениях; стационары дневного пребывания в больнице; стационары на дому.

Анализ медико-демографических показателей здоровья населения города Алматы показал, что в структуре причин смертности населения на первом месте находятся несчастные случаи и отравления: 96,54 в 2010 г., и 89,51- в 2011г; на втором месте - болезни органов пищеварения: 40,0 в 2010г. и 39,66 в 2011г.; на третьем месте – болезни органов дыхания: 32,87 в 2010г. и 29,75 в 2011г.

При этом, показатели общей заболеваемости населения, зарегистрированной в ЛПО г. Алматы, за 2010г (78934,7) и 2011г (75113,2) превышают аналогичные показатели по республике в целом (2010г 68718,5 и 2011г.-66484,3).

Коечный фонд бюджетных организаций практически не изменился с 8059 в 2010г. и 8067 в 2011г. В структуре госпитализированных случаев по данным 2011 года в Республике Казахстан первые ранговые места среди взрослых и подростков занимают болезни системы кровообращения (16,2%), болезни органов пищеварения (9,1%) и заболевания органов дыхания (5,7%)(РИАЦ, 2012).

Анализируя ситуацию, следует отметить, актуальность реформирования стационарной помощи в данных условиях, с учетом внедрения стационарозамещающих технологий. При этом стратегии сокращения коечного фонда должны быть направлены на снижение числа случаев необоснованной госпитализации, повышение эффективности стационарного лечения и ухода.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Адаменко А.М., Рагозний А.Д., Тимофеева О.А. Экономические методы управления в деятельности городской многопрофильной больницы // Гл.врач. – 2003. – № 11. – С.8-11.

Т.Б. ДЖЕНАЛАЕВ

СТАЦИОНАРЛЫҚ КӨМЕКТІ РЕФОРМАЛАУ МӘСЕЛЕЛЕРІ

Түйін: Денсаулық сақтауды реформалаудың қазіргі кезеңі стационарлық көмекті көрсетудегі жаңа амалдардың тұжырымдамалық негізін жасаумен байланысты.

Түйінді сөздер: стационарлық көмек, медициналық қызмет сапасы, реформалау.

T.B. DZHENALAYEV

TO A QUESTION OF REFORMING OF THE STATIONARY HELP

Resume: The present stage of reforming of health care is connected with development of conceptual provisions of new approach in rendering stationary medical care.

Keywords: stationary help, quality of medical services, reforming.

УДК 614.7:574:546.3-053.2

Э. С. ХУСНУТДИНОВА, Б. А. АСЫЛБЕКОВ, М. С. РЫСБАЕВА, Ж. М. ТЕМИРОВА, А. Д. КУТТЫБАЕВ
 Жетісу аудандық мемлекеттік санитарлық – эпидемиологиялық қадағалау басқармасы
 С. Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина Университеті

**ҚОЛАЙСЫЗ ЖӘНЕ ЗИЯНДЫ ӨНДІРІСТІК МЕКЕМЕДЕ ЖҰМЫС АТҚАРАТЫН ЖҰМЫСШЫЛАРДЫ
 МЕДИЦИНАЛЫҚ ТЕКСЕРУДЕН ӨТКІЗУ**

Төмендегі мақалада кезекті медициналық тексерудің аспектілері туралы толық мәліметтер берілген. Медициналық тексеру міндетті және профилактикалық болады.

Түйінді сөздер: зиянкес, өнеркәсіп, медициналық тексеру.

Қазіргі нарықтың экономикалық кезеңінде көп өндірісте әліде жұмыс барысында нормативтік заңдар сақталмайтындығы, жеделдетілген жұмыс, жаңа химиялық улы заттардың қолданылатындығы, ортаның ластануы т.б. адам ағзасына әсері сақталуда. Жоғарыда айтылғандар жаңа қолайсыз факторлар мен жедел жағдайларды туғызуда. Өнеркәсіпте кездесетін зиянкестік факторлар Қазақстан Республикасының Конституциясына және Қазақстан Республикасының «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» кодексіне сәйкес мемлекеттік санитарлық – эпидемиологиялық қадағалау басқармасы және еңбекті қорғау орындары айналысады.

Қазақстан Республикасының «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» кодексінің 25–тарау, 155-бабы өндірістік қызметті жүзеге асыратын әрбір азаматты медициналық зерттеп-қарауды қамтамасыз ету болып табылады.

Медициналық тексеріп қарау міндетті және профилактикалық болып бөлінеді. Міндетті медициналық тексеріп қарау алдын-ала және мерзімдік болып бөлінеді. Міндетті медициналық тексеріп қарау өткізілетін зиянды өндірістік факторлардың, кәсіптердің тізбесін, сондай-ақ осындай тексеріп қарауды өткізудің тәртібі мен кезеңділігін уәкілетті орган белгілейді. Өндірістік және шаруашылық қызмет саласында жұмыспен айналысатын дара кәсіпкерлер мен заңды тұлғалар алдын-ала немесе мерзімдік медициналық тексеріп қараудан өтпеген немесе денсаулық жағдайына байланысты жұмысқа жарамсыз деп танылған адамдарды жұмысқа жібермеуі тиіс. Кәсіптік аурулардың дамуында негізінен әртүрлі өнеркәсіп факторлары және жұмысшылардың кәсіптік мамандығы маңызды роль атқарады. Жұмыс барысында жұмысшылар әртүрлі зиянды заттармен тікелей немесе тікелей емес қатынаста болады. Сол себептен олардың кәсіптік анамнезін білу керек. Кәсіптік анамнезінде жұмысшы өндірістің қай саласында, кім болып істейді, яғни мамандығы, қандай зиянды заттармен жұмыс жасайды, зиянды заттардың шектеліп рұқсат етілген концентрациясы (ШРЕК) және қанша уақыт қатынаста болатынын, ол заттың физикалық және химиялық жағдайын, ағзаларға қай жолмен түсіп, қай жолмен шығатынын, қай ағзаларға жиналып әсер ететінін білу кәсіптік ауруды табуда және

профилактикалық жұмысты жүргізуде өте маңызды. Сол өнеркәсіптік жағдайларда бір жұмысшылардың кәсіптік ауруларға ұшырайтыны, ал біреулерінің ұшырамайтыны жалпыға мәлім. Бұл жоғарыда айтылған жағдайларға байланысты. Өнеркәсіптік зияндығы бар мекемелерде кәсіптік аурулардың алдын алу үшін бірқатар шараларды жүргізу керек. Негізінен медициналық – профилактикалық шаралар олар біріншіден, өндірісті алдын ала қарап тексеру және медициналық болжам жасау. Мұнда зиянды факторлардың жұмысшылардың организміне әсерін тексеріп, болдырмау шараларын жүргізу. Екіншіден, өнеркәсіпте жұмыс істейтін адамдарды кезеңдік тексеруден өткізу. Бұл байқаудың бірінші мақсаты – созылмалы кәсіптік ауруларды ертерек анықтап білу және екінші маңызды мақсаты – ол, жұмыс жасауға кедергі болған жалпы ауруды анықтау. Негізінен мұнда, өнеркәсіпке байланысты мамандандырылған медициналық қызметкерлер жұмыс істейді. Олардың ішінде кәсіптік-патологтар, цех дәрігерлері негізгі орын алады. Өндірістік дәрігердің негізгі міндеті: ауруды уақытында табу және емдеу, жұмыс жағдайына санитарлық – гигиеналық мінездеме беру, сырқатнаманы дұрыс жүргізу және жедел улану жағдайында санитарлық – эпидемиологиялық қадағалау басқармасының жауапты қызметкерлеріне шұғыл хабарлама беру. Санитарлық ағарту және басқа профилактикалық жұмыстарды берілген заңдарға, мемлекеттік – стандарттық мәліметтердің шектеліп рұқсат етілген концентрациясын жұмыс ортасында сақтау туралы жұмыс жүргізу.

Міндетті және профилактикалық медициналық тексеріп қараудың уақтылы өтуін мемлекеттік санитарлық – эпидемиологиялық қадағалау комитеті органдары бақылайды.

Біздің бұдан айтпағымыз Алматы қаласы Жетісу аудандық мемлекеттік санитарлық – эпидемиологиялық қадағалау басқармасының МСЭҚБ өндірісті бақылау бөлімінің 2012 жылға жүргізген алдын – ала және кезеңдік медициналық тексеру қорытындысы дәлел. Бұл жерде 2012 жыл бойында тіркеуде тұрған өнеркәсіптік мекемелер мен олардан тексеру барысында алынған мәліметтер, ауру көрсеткіштері және жіберілген кемшіліктерге қолданылған шаралар көлемі көрсетілген. (1-кесте)

1-кесте - Жетісу ауданы бойынша 2012 жылы жүргізілген алдын – ала және кезеңдік медициналық тексеру

№	Көрсеткіштер	2011ж	2012ж
1	Тіркеуде тұрған объектілер	363	344/301
2	Оның ішінде жұмыс істеп тұрғандар	320	301
3	Оның ішінде қауіпті жұмыс жағдайында	5210	4479
4	Пайыздық үлесі %	55,9	60,4

5	Жұмысшылар саны	9315	7414
6	Оның ішінде әйелдер	1510	1130
7	Пайыздық үлесі %	16,2	15,2
8	№166 бұйрық бойынша 2012 жылға арналған медициналық тексеруге кіретіндер	5210	4479
9	Пайыздық үлесі %	55,9	60,4
10	Оның ішінде әйелдер	1510	895
11	Пайыздық үлесі %	29	20,0
12	№166 бұйрық бойынша 2012 жылы медициналық тексерумен қамтылғандар	5210	4479
13	Қамтылғандар пайыздық үлесі %	100	100
14	Оның ішінде әйелдер	1149	895
15	Пайыздық үлесі %	98,3	100
16	Кәсіптік аурулардың тіркелу жағдайлары	0	0
17	Кәсіптік ауруға негіздеу	0	0
18	Соматикалық аурулардың пайда болуы, барлығы	1137	214
19	Оның ішінде әйелдер	176	36
20	Пайыздық үлесі % барлығы	21,8	4,8
21	Пайыздық үлесі %, әйелдер	15,3	4,0
22	100 адамға шаққандағы жалпы аурушаңдық	49,44	34,81
23	ВУТ бойынша еңбекке қабілеттілікті жоғалту	398,8	283,54
24	Басқа жұмысқа ауыстыру, барлығы	44	55
25	Оның ішінде уақытша, барлығы	38/6	21/34
26	Айыппұл салынды / ұсталды	10/10	15/15
27	Салынған айыппұл сомасы	196560	367286
28	Ұсталған айыппұл сомасы	196560	367287
29	Жұмыстан шектетілгендер / объекттер саны	45/4	310/15
30	Ұйғарым барлығы / орындалғаны	7/5	15/15
31	Орындалған санитарлық ұйғарымдардың пайыздық үлесі %	71,4	100
32	Бауыр және ұйқы безі аурулары	21	22

Осы жағдайларға байланысты көптеген медициналық – профилактикалық алдын-алу шаралары жүзеге асырылды, оның ішінде витаминдермен емдеу,

санаторлы-курортты ем тағайындау, уақытша еңбек демалысы және т. б.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- 1 ҚР «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» кодексі. – Алматы: ЮРИСТ, 2009. – 109 б.
- 2 Утверждены постановлением Правительства РК № исх: 166 от: 25.01.2012. Правила проведения обязательных медицинских осмотров.

Э. С. ХУСНУТДИНОВА, Б. А. АСЫЛБЕКОВ, М. С. РЫСБАЕВА, Ж. М. ТЕМИРОВА, А. Д. КУТТЫБАЕВ
МЕДИЦИНСКИЙ ОСМОТР РАБОТНИКОВ РАБОТАЮЩИХ ВО ВРЕДНЫХ УСЛОВИЯХ ТРУД

Резюме: В данной статье предоставлены материалы и сведения о медицинском осмотре. Медицинский осмотр может быть профилактическим и принудительным.

Resume: This article provides the materials and information on physical examination. Medical examination can be preventive and coercive.

Г.Т. КАШАФУТДИНОВА, В.Ю. БАЙСУГУРОВА

Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова
г.Алматы

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА В РАЗВИТЫХ СТРАНАХ: РАСШИРЕНИЕ СЕСТРИНСКОЙ ПРАКТИКИ

В статье описаны различные модели сестринского дела зарубежных стран, предусматривающие более широкие полномочия медицинских сестер на уровне первичной медико-санитарной помощи и в госпитальном секторе. Расширение границ сестринской практики способствует, улучшению качества и доступности медицинской помощи, удовлетворенности пациентов, рациональному использованию врачебного труда и повышению престижа профессии медицинской сестры. Дана краткая характеристика состояния кадровых ресурсов здравоохранения Казахстана.

Ключевые слова: расширение сестринской практики, делегирование полномочий, современная модель первичной-медико-санитарной помощи, обеспеченность населения медицинскими кадрами.

Современная модель первичной медицинской помощи предусматривает широкое участие медсестер и акушерок в проведении профилактических мероприятий, назначении ограниченного перечня лекарств (кроме контролируемых препаратов), проведении простейших медицинских обследований, иммунизации, первичного приема пациентов, осуществлении контроля за здоровьем матерей и детей. Медицинским сестрам отводится существенная роль в оказании помощи пожилым, работе в сестринских клиниках и оказании помощи пациентам с хроническими болезнями, оказании помощи на дому, организации интегрированного ухода и долечивания, работы с группами здоровых и т.д. Такое расширение сестринской практики в мире явилось результатом сближения деятельности медицинской сестры и врача с делегированием части врачебных полномочий медицинским сестрам. Модель медицинской сестры – пассивного помощника врача уходит в прошлое, уступая место модели медицинской сестры – помощника пациента.

Сестринское дело сегодня - это самостоятельная отрасль здравоохранения с достаточно четко выраженными функциональными обязанностями, как по реабилитации больных, так и по повышению качества их жизни. Например, в странах с хорошо развитой системой первичной помощи ведение пациентов со многими хроническими заболеваниями осуществляется медицинскими сестрами. В настоящее время накоплен значительный объем данных по многим странам и различным заболеваниям, свидетельствующих о том, что этот подход обеспечивает лучшие результаты, чем традиционное лечение под руководством врача; кроме того, он может способствовать сокращению расходов[1]. Во многих европейских странах медицинские сестры составляют основу первичного звена здравоохранения. Так, в шведской системе здравоохранения медицинские сестры играют все возрастающую роль, оказывая высококвалифицированную помощь пациентам с хроническими и сложными состояниями (сахарный диабет, бронхиальная астма, сердечная недостаточность, психические заболевания); им также предоставлено ограниченное право назначения лекарственных средств [2]. В шведских медицинских центрах пациента вначале осматривает медсестра, которая затем может направить пациента к врачу общей практики или в больницу.

В Финляндии 80% пациентов предварительно поступают к медсестрам, а затем, в случае необходимости, к врачам, и только 20% пациентов поступают непосредственно к врачам. В повсеместно распространенных в Скандинавских странах в городах и на селе центрах здоровья также ведущая роль принадлежит медицинским сестрам. В Нидерландах решение об оказании помощи пациентам врачами во внерабочие часы принимает медсестра на основе установленных критериев. В своей деятельности медицинские сестры опираются на клинические протоколы и имеют право в пределах этих протоколов изменять режим медикаментозной терапии [3,4].

В Англии медицинские сестры, специализирующиеся на помощи людям с определенными заболеваниями (сахарный диабет или бронхиальная астма), в повседневной деятельности заменяют врачей общей практики – ведут амбулаторный прием для наблюдения и обучения больных или занимаются выездной и образовательной деятельностью, направленной на повышение квалификации других медицинских и социальных работников

В США и Германии внедрены структурированные программы ведения заболеваний для некоторых состояний (case management), такой подход обусловлен тем, что врачи в этих странах чаще всего имеют индивидуальную практику, а амбулаторный и больничный секторы отделены друг от друга. Медицинские сестры во многих случаях проводят первое обследование и направляют потребителя услуг к соответствующим ресурсам медицинской помощи[5]. В развитых европейских странах врачи общей практики, как правило, не посещают пациентов на дому, за исключением редких случаев, т.к. это прерогатива подготовленных медсестер.

Современная модель ПМСП предусматривает широкое участие медсестер и акушерок в проведении профилактических мероприятий, назначении ограниченного перечня лекарств (кроме контролируемых препаратов), проведении простейших медицинских обследований, иммунизации, первичного приема пациентов, осуществлении контроля за здоровьем матерей и детей, оказания помощи пожилым, работе в сестринских клиниках и оказания помощи пациентам с хроническими болезнями, с психическими расстройствами, оказания помощи на дому, организации

интегрированного ухода и долечивания, работы с группами здоровых и хронически больных и т.д. Возможности расширения роли медицинских сестер изучаются и в госпитальном секторе здравоохранения. Например, в Скандинавии сестры-анестезиологи играют важную роль в обследовании пациентов с хронической болью и ведении больных с послеоперационной болью [3].

Несколько исследований и мета-анализов было посвящено исследованию взаимозаменяемости врачей, медицинских сестер и акушерок при предоставлении медицинской помощи [6]. Результаты нескольких систематических обзоров показали, что «медицинские сестры первичной помощи с расширенным функциональным диапазоном способны обеспечить тот же спектр услуг, который обычно оказывают семейные врачи, с той оговоркой, что в большинстве исследований выборка медицинских работников обычно невелика, а отдаленные результаты рассматривались редко» [7].

Согласно этим данным (преимущественно на материале США), «роль медсестер и акушерок может быть расширена при сохранении или сокращении уровня расходов и сохранении или повышении результативности лечения». Утверждается, «что от 25 до 70% работы врачей, в зависимости от конкретной задачи, вполне под силу медсестрам или другим профессионалам» [8]. Именно медсестра, работая с врачом, должна освободить его от работы, не свойственной врачебной квалификации, что позволит повысить эффективность и рациональность использования врачебных кадров.

С другой стороны, квалифицированные медицинские сестры, способные заменить врача при целом ряде процедур и манипуляций, могут снизить потребность в численности врачей. Подготовка врачей в настоящее время является весьма дорогостоящим и длительным процессом, что и объясняет необходимость рационального использования врачебного труда [9].

Таким образом, «перераспределение ролей или сферы практической деятельности конкретных работников здравоохранения – это стратегия, которая позволяет лучше использовать все более многообразные кадровые ресурсы и добиться нужного количества нужных типов

работников и их надлежащего сочетания». [10,11] Эти изменения профессиональных границ можно разделить на четыре категории: улучшение, замена, передача полномочий и инновации [11]. В наибольшей степени эти изменения касаются медицинских сестер, т.к. все больше данных указывает на то, что такое «перераспределение ролей может улучшить результаты лечения пациентов, особенно, с хроническими заболеваниями и сократить использование ими услуг здравоохранения» [1].

Следовательно, расширение границ сестринской практики способствует: повышению доступности медицинской помощи; улучшению качества медицинской помощи и удовлетворенности пациентов; регулированию нагрузки врача и освобождению его времени на консультирование и лечение пациентов; повышению профессионального статуса медицинских сестер; повышению ответственности за пациента.

В настоящее время системы здравоохранения всех стран переживают кадровый кризис. По данным ВОЗ в мире не хватает 4,3 миллиона работников здравоохранения [12].

Среди причин, способствующих дефициту и низкой производительности труда среднего медицинского персонала, Международная организация труда особо выделяет продолжительный рабочий день, низкую зарплату, отсутствие стимулов и неудовлетворенность работой [13,14]. В Казахстане в последнее десятилетие остро стоит проблема развития кадрового потенциала здравоохранения, в том числе и среднего медицинского персонала. Так, численность средних медицинских работников в 2011г. составила 143,8 тыс. Обеспеченность средними медицинскими работниками – 87,5 на 10 населения. Таким образом, одной из особенностей кадрового потенциала республики являются относительно высокие показатели обеспеченности врачебными кадрами и меньшие показатели обеспеченности средним медицинским персоналом в сравнении с мировыми данными. Так, согласно статистическим данным ВОЗ, Казахстан находится на 10-й позиции в мире по обеспеченности врачами – 39 на 10 000 населения. Соотношение врач/средний медицинский персонал в Казахстане составляет 1: 2,3, тогда как в странах большой десятки G10 это соотношение в среднем равно 1: 3 (рисунок.1).



Рисунок 1 - Обеспеченность на 10 тыс.насел., ВОЗ, Мировая статистика здравоохранения 2009.

Особенно остро стоит проблема обеспеченности

медицинскими кадрами в сельской местности (рисунок.2).



Рисунок 2 - Обеспеченность врачами и средними медицинскими работниками на 10 тыс. населения, 2011г.

Кадровый дисбаланс «сестринский персонал - врачи» сопровождается двумя взаимосвязанными негативными процессами. Во-первых, увеличением доли во врачебной деятельности тех видов медицинских услуг, которые должны осуществляться хорошо подготовленным сестринским персоналом. Во-вторых, принижением роли сестринского персонала, функции которого сводятся к обслуживанию врача и выполнению чисто технической работы, не требующей профессиональной сестринской квалификации.

В целом, помимо кадрового дисбаланса, существуют и качественные проблемы кадровых ресурсов:

- недостаточный уровень профессиональной компетентности специалистов;
- низкая мотивация профессионального роста;
- низкий престиж и социальный статус профессии;
- отсутствие единой стратегии развития кадров отрасли.

В разработанной Министерством здравоохранения РК «Концепции развития кадровых ресурсов здравоохранения 2012-2020г.г.» обозначены пути решения этих проблем [15]:

- пересмотр штатных нормативов (увеличение численности средних медицинских работников с учетом реальной потребности);
- совершенствование нормативно – правовой базы, методов и инструментов кадровой политики;
- оптимизация профессиональной деятельности специалистов отрасли (перераспределение ресурсов, полномочий мульти дисциплинарный подход к подготовке);
- совершенствование системы управления сестринским персоналом в соответствии с наилучшей международной практикой;
- делегирование ряда врачебных функций медицинской сестре;
- совершенствование медицинского образования в т.ч. непрерывного профессионального обучения;
- привлечение профессиональных ассоциаций к решению кадровых проблем;
- создание условий для повышения мотивации и социального статуса специалистов сестринского дела
- изменение организации труда средних медицинских работников.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Singh, D. /Which Staff Improve Care for People with Long-term Conditions?/ARapid Review of the Literature.Birmingham: University of Birmingham and NHS Modernization Agency/. - 2005. - 70p.
- 2 Buchan, J. and Calman, L. /Skill-mix and Policy Change in the Health Workforce: Nurses in Advanced Roles/. - Paris: OECD, 2005. - 63p.
- 3 Stromberg, A., Martensson, J., Fridlund, B./Nurse-led heart failure clinics in Sweden/Eur J Heart Fail. - 2001.- 3. – P. 139–144.
- 4 Karlberg, I. at al. /Managing Chronic Conditions: Experience in Eight Countries/, Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies. – 2008. - 181p.
- 5 Petro, W., Schulenburg, J., Greiner, W. et al./Effizienz eines Disease Management Programmes bei Asthma/, Pneumologie. - 59. - 101–7.2005
- 6 Фигерас Ж., Макки М./Реформа больниц в новой Европе/Пер. с англ.- М:Весь мир, 2002. – 320 с.
- 7 Horrocks, S at al. /Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors/ BMJ: 324:819. –23.2002
- 8 Richardson, G., Maynard, A., Cullum, N. and Kindig, D. /Skill mix changes: substitution or service development? /Health Policy. - 45: 119. – 32.1998
- 9 Miranda Laurant at all,/Substitution of doctors by nurses in primary care/. – 2009. - 37 p.
- 10 Sibbald et al. 2004; Bonnie Sibbald, JieShen, and Anne McBride Changing the skill-mix of the health care workforce/ J Health Serv. Res Policy. - January 2004.- 9. - 28. -38p.
- 11 McKee et al. / Bulletin of the World Health Organization /. - November 2006. - 84 (11). - 890-896 p.
- 12 Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2006 г.<http://www.un.org/ru>
- 13 Work-related stress in nursing. – Geneva: ILO, 2000. - 52 p.
- 14 Women's progress in workforce improving worldwide, but occupational segregation still rife. – Geneva: ILO, 1997. - 68 p.
- 15 Концепция развития кадровых ресурсов здравоохранения на 2011-2020годы (Проект).

Г.Т.КАШАФУТДИНОВА, В.Ю.БАЙСУГУРОВА

ДАМУҒАН ЕЛДЕРДЕГІ МЕЙІРБИКЕ ІСІНІҢ ҚАЗІРГІ ЖАҒДАЙЫ: МЕЙІРБИКЕ ТӘЖІРБИЕСІНІҢ ДАМУЫ

Түйін: мақалада шет елдердегі мейірбике ісінің әр түрлі моделдері, атап айтқанда, медициналық мейірбикелердің өкілеттілігі тым кеңінен, тіпті алғашқы медико-санитарлық көмек пен госпитальдық сектор деңгейінде қаралатындығы сипатталған. Мейірбикелік тәжірибе шегарасының кеңеюі, медициналық көмек көрсету сапасының жақсаруына және қол жетімділігіне, емделушілердің қанағаттануына, дәрігер еңбегінің тиімді пайдалануына, сонымен бірге медициналық мейірбике мамандығының мәртебесін көтеруге, мүмкіндік туғызады. Қысқаша берілген мінездемеде Қазақстанның денсаулық сақтау ресурсындағы кадрлар жағдайы берілген.

Түйінді сөздер: мейірбикелік тәжірибені дамыту, өкілеттілікті табыстау, қазіргі АМСК моделі, аймақтарды медициналық кадрлармен қамтамасыз ету.

G.KASHAFUTDINOVA, V.BAISUGUROVA

CURRENT STATUS OF NURSING IN DEVELOPED COUNTRIES: EXPANDING NURSING PRACTICE

Resume: in article the various models of nursing abroad, providing greater powers of nurses in primary health care and in the hospital sector are described. Expanding the boundaries of nursing practice improves the quality and accessibility of health care, patient satisfaction, efficient use of medical work and prestige of the nursing profession. The article presents a brief description of the health workforce in Kazakhstan.

Keywords: extension of nursing practice, the delegation of authority, modern model of Primary Health Care.

Б.С. ТУРДАЛИЕВА, А.М. РАУШАНОВА, Г.Е. АИМБЕТОВА, Н.У. РАХМАТУЛЛАЕВА, М.А. РАМАЗАНОВА,
Б.А. МУСАЕВА, Б.М. ЖАНТУРИЕВ, Г.С. БАЙСУНОВА

Казахский Национальный медицинский Университет им. С.Д.Асфендиярова

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ - ИНСТРУМЕНТ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

Клинические рекомендации являются инструментами принятия клинических решений. Они используются врачами, менеджерами амбулатории и стационаров, руководителями здравоохранения, экономистами здравоохранения и др. Если рекомендация правильно составлена и внедрена, она может серьезно помочь повышению качества медицинской помощи и снижению ее стоимости.

Ключевые слова: клинические рекомендации, AGREE

В условиях взрывного роста медицинской информации, количества диагностических и лечебных вмешательств врач должен потратить много времени и иметь специальные навыки для поиска, анализа и применения этой информации на практике. При составлении клинических рекомендаций эти этапы уже выполнены разработчиками [1].

Качественные клинические рекомендации создаются по определенной методологии, которая гарантирует их современность, достоверность, обобщение лучшего мирового опыта и знаний, применимость на практике и удобство в использовании. В этом преимущество клинических рекомендаций перед традиционными источниками информации (учебники, монографии, руководства).

Клинические рекомендации (КР) представляют собой современные и постоянно обновляемые источники информации, которыми пользуются врачи, менеджеры больниц и амбулаторий, специалисты по планированию общественного здравоохранения, экономисты здравоохранения и другие специалисты для принятия решений по клиническим вопросам с целью улучшения качества и сокращения затрат. Для достижения этих целей клинические рекомендации должны основываться на доказательствах, т.е. иметь солидные научные свидетельства того, что рекомендуемые вмешательства эффективны (они должны демонстрировать, что данный подход действительно работает), безопасны (исключают любое потенциально опасное лечение) и затрато – эффективны (исключают любое бесполезное лечение, являющееся пустой тратой ресурсов). При наличии двух и более равнозначных по эффективности вмешательств, предпочтение отдается наименее дорогостоящему варианту. Целый ряд проведенных ранее исследований четко показал, что прогноз заболеваний значительно улучшается в том случае, если врачи используют КР (GRACE, Euro Heart Survey и т.д.) [2].

Фактически — это инструмент, позволяющий сократить существующий разрыв между рутинной работой клинициста и уровнем современной медицинской науки. Основу рекомендаций составляют клинические исследования и сделанный на их основе систематический обзор и мета-анализ. Клинические рекомендации не имеют формальной юридической силы, а являются инструментом, помогающий врачам сделать оптимальный терапевтический выбор, однако, также они могут использоваться при решении вопросов о правильности лечения, в том числе и в суде. К сожалению, во всем мире существует большой разрыв между существующими рекомендациями и реальной

клинической практикой. На то имеются различные причины:

— врачи не знают об их существовании, или не верят им;
— врачи считают, что они перегружены рекомендациями;

— врачи полагаются на личный опыт и на впечатления, что выбранный ими терапевтический подход является наилучшим;

— на решения врачей влияют экономические и социальные факторы [3].

Одним из первых шагов создания КР является определение той области медицины, в которой они будут разрабатываться. Для этого создается рабочая группа специалистов и экспертов в данной области, которая на основе систематических обзоров и литературных источников проводит оценку и анализ имеющейся доказательной базы в отношении вопросов лечения или обследования пациентов. Принимаются во внимание только результаты методологически грамотно проведенных исследований (применительно к лечебным вмешательствам — результаты РКИ). На основании полученных данных создаются рекомендации в рамках руководств по клинической практике. Окончательным шагом в создании рекомендаций является обсуждение их содержания в рабочей группе, экспертиза, а также обязательное независимое рецензирование КР с целью подтверждения их обоснованности, доходчивости и применимости в клинической практике. Далее следуют этапы публикации, внедрения, получения обратной связи виде различных отзывов и дальнейшей работы по их улучшению. КР должны регулярно обновляться, обычно это происходит при появлении новых научных данных. В последние десятилетия КР стали неотъемлемой частью клинической практики. Они служат методологической основой для создания других документов: протоколов ведения больных, стандартов оказания медицинской помощи, используются для контроля качества медицинской помощи, а также в рамках системы непрерывного медицинского образования

[4]. КР должны отвечать следующим требованиям: представлять полную, объективную и хорошо сбалансированную информацию о преимуществах и ограничениях различных методов и вмешательств. Они должны быть логичными и заслуживающими доверие, и что крайне важно — лишены предвзятости. Опираясь на самую последнюю научную информацию, КР должны фокусировать внимание врача не на трактовке результатов исследований, а на их практическом использовании.

Что означает применение принципов ДМ к процессу создания КР?

- Использование доказательных источников и современных технологий для поиска информации
- Систематические обзоры – основа процесса подготовки КР
- Использование принципов клинической эпидемиологии в качестве методологической основы анализа качества клинических исследований.

Клинические рекомендации, основанные на доказательной медицине, это документы, где детально, точно и недвусмысленно прослеживается связь между каждым утверждением и научными данными, научные факты первенствуют над мнением экспертов.

Для оценки реальной пользы назначаемого вмешательства рекомендуется пользоваться таблицами по классификации рекомендуемых вмешательств (табл.1) и уровню их доказанности (табл.2) [5].

Таблица 1 - Классификация рекомендуемых вмешательств

Класс I	Рекомендуемое вмешательство, вид терапии несомненно полезны и эффективны
Класс II a	Данные в пользу эффективности рекомендуемого вмешательства, вида терапии перевешивают противоположное мнение
Класс II b	Данные в пользу эффективности рекомендуемого вмешательства, вида терапии менее очевидны и носят противоречивый характер
Класс III	Польза, эффективность рекомендуемого вмешательства, терапии не подвержена в исследованиях и в некоторых случаях может принести вред

Таблица 2 - Уровень доказанности

Уровень A: Данные получены при проведении многочисленных рандомизированных контролируемых исследований.
Уровень B: Данные основываются на результатах одного рандомизированного исследования или нерандомизированных исследований.
Уровень C: Данные основаны на соглашении экспертов, отдельных клинических наблюдениях, на стандартах оказания медицинской помощи

Набор международных требований к клиническим рекомендациям разработан в 2003 г. специалистами из Великобритании, Канады, Германии, Франции, Финляндии и других стран. Среди них – инструмент оценки качества клинических рекомендаций AGREE, который включает в себя такие разделы:

- Четкое определение цели и области применения, популяции больных к которым применимы данные рекомендации.
- Соответствие рекомендаций взглядам лиц, для которых они предназначены.
- Строгость методов составления, включающая оценку процесса накопления и синтеза доказательств, которые были использованы при формулировании рекомендаций и будут использованы при их обновлении.
- Понятность изложения и форму представления.
- Применимость. Описание организационных, поведенческих и финансовых аспектов, связанных с внедрением клинических рекомендаций.
- Независимость составителей.
- Представление информации о возможном конфликте интересов [6].

В медицинской практике западных стран практические рекомендации разрабатываются представителями профессиональных медицинских обществ, коллективами крупных больниц, университетов и подвергаются тщательному редактированию и строгой проверке. Поэтому, например, американские или английские врачи относятся к рекомендациям, выпущенным их медицинскими обществами, очень серьезно. Эти рекомендации представляют собой стандарт практики. В случае возникновения любого конфликта врач может опираться на них с уверенностью.

Будучи внедренными в практику, хорошо составленные клинические рекомендации обеспечивают, помимо прочего, колоссальный экономический эффект [7].

Заключение

Таким образом, КР являются ключом к повышению клинической эффективности и созданию государственных программ по улучшению качества оказания медицинской помощи. Их можно рассматривать как своеобразный мост между научными исследованиями и повседневной практикой. Определенные усилия требуется приложить, чтобы повысить их юридическую силу и обеспечить более широкое использование. Требуется адаптация многих КР к местным условиям и приспособление стратегий доказательной медицины к различным местным факторам, характерным для лечебного учреждения или типа медицинской практики.

На сегодняшний день клинические рекомендации должны рассматриваться как единая стратегия, которая может повысить качество оказываемой пациентам медицинской помощи.

Главный аргумент за использование клинических рекомендаций состоит в том, что применение достижений современной доказательной медицины в клинической практике способствует улучшению прогноза течения заболеваний, сокращает количество тяжелых и некурабельных клинических ситуаций. Потенциальная польза для пациентов — улучшение прогноза заболевания, снижение заболеваемости и смертности, улучшение качества жизни или ее отдельных аспектов. Выполнение КР позволяет оказывать пациентам идентичный объем медицинской помощи, вне зависимости от того, где и кем они лечатся. КР обращают внимание врачей на необходимость проведения профилактических мероприятий среди населения и групп пациентов высокого риска. Потенциальная польза для врачей — улучшение качества клинических решений. КР,

созданные на основе доказательной медицины помогают сделать выбор в пользу наиболее эффективных методов или способов лечения, обращают внимание врача на методы с недоказанной эффективностью, а также опасные или в целом бесполезные. Потенциальная польза для системы здравоохранения клинических рекомендаций — основание для

повышения эффективности методов лечения (создание стандартов медицинской помощи и протоколов ведения пациентов) и рационального финансирования. Выполнение КР позволит сократить сроки госпитализации, обеспечить адекватное лечение, исключить выполнение ненужных процедур и т.д [8].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Бацинский С.Е. Evidence-based medicine и международный журнал медицинской практики // Международный журнал медицинской практики. - 1996. - № 1. - С. 6-11.
- 2 Власов В.В. Как читать медицинские статьи. Часть 1. Общий алгоритм оценки статьи // Международный журнал медицинской практики. - 1996. - № 1.
- 3 Власов В.В. Введение в доказательную медицину. - М.: Медиа Сфера, 2001.—392с.
Двойрин В.В. Какие публикации заслуживают доверия практического врача? // Международный журнал медицинской практики. -1997.-№1.-С. 17-19.
- 4 Доказательная медицина. Ежегодный справочник / Пер. с англ.-М.: Медиа Сфера, 2002.-1400 с.
- 5 Единые требования к рукописям, представляемым в биомедицинские журналы. Международный комитет редакторов медицинских журналов// Международный журнал медицинской практики.—1997.-- № 5.—С. 53- 64.
- 6 Котельников Г.Л., Шпигель А.С. Доказательная медицина. Научно-обоснованная медицинская практика: Монография. - Самара: 2000.—116 с.
- 7 Котельников Г. П., Шпигель А. С., Кузнецов С. И., Лазарев В. В. Введение в доказательную медицину. Научно обоснованная медицинская практика: Пособие для врачей. Утверждено УС МЗ РФ. – Самара: 2001.-28 с.
- 8 Петров В.И., Недогода С.В. Медицина, основанная на доказательствах: учебное пособие. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 144 с.

**Б.С. ТУРДАЛИЕВА, А.М. РАУШАНОВА, Г.Е. АИМБЕТОВА, Н.У. РАХМАТУЛЛАЕВА, М.А. РАМАЗАНОВА,
Б.А. МУСАЕВА, Б.М. ЖАНТУРИЕВ, Г.С. БАЙСУНОВА**
КЛИНИКАЛЫҚ БАСҚАРМАЛАР – ДӘЛЕЛДІ МЕДИЦИНАНЫҢ ҚҰРАЛДАРЫ

Түйін: Клиникалық әдістемелер клиникалық шешім қабылдаудың құралдары болып табылады. Бұларды амбулатория мен стационарлардағы дәрігерлер мен менеджерлер, денсаулық сақтау саласындағы бастықтар, экономисттер және басқалар қолданады. Егер басқару дұрыс құрастырылып енгізілген болса, ол медициналық жәрдем көрсету сапасын жоғарылатуда және оның бағасын төмендетуде орасан зор үлесін қосатын еді.

**B. TURDALIYEVA, A. RAUSHANOVA, G. AIMBETOVA, N. RAHMATULLAYEVA,
M. RAMAZANOVA, ZHANTURIYEV B., MUSAEVA B., BAISUNOVA G.**
CLINICAL GUIDELINES – TOOL OF EVIDENCE – BASED MEDICINE

Resume: Clinical guidelines are tools clinical decisions. They are used by doctors, managers, clinics and hospitals, health managers, economists, health care, etc. If a recommendation is made and implemented correctly, it can really help improve the quality of healthcare and reduce its cost.

Keywords: clinical guidelines, AGREE.

УДК: 614.2.07:616-053.2(470.41)

A.A.AKANOV, T.S.MEIMANALIEV, A.KUMAR
S.D.Asfendiyarov Kazakh National medical university,
School of Public health

DEVELOPMENT OF THERAPEUTIC SERVICE IN KAZAKHSTAN: SOCIALLY SIGNIFICANT DISEASES

Due to the extreme urgency of the problem of therapeutic service improvement and therapeutic diseases treatment worldwide, research is currently being conducted to develop effective medical and preventive programs, and preventive measures in case of chronic noninfectious diseases. According to the expert forecasts, no substantial reduction in the case rate of socially significant therapeutic pathologies should be expected in the Republic of Kazakhstan (RK) in years to come, on the contrary, the case rate trends to increase twice each 10 years.

Keywords: therapeutic service, therapeutic diseases, socially significant diseases

Introduction

A share of therapeutic diseases in the total morbidity patterns is 46,3% (48,2% in 2001). Over the last ten years, the highest mortality in the RK population mortality patterns was caused by therapeutic diseases (in 2007 - 635,0 cases per 100 000) and in its course it had a constant tendency to some increase while the total mortality rate in RK is 8,71 per 1000 population [1].

Therapeutic diseases rank first according to the mortality and disability level constituting an immediate problem not only for the public health system by reason of a high cost of treatment procedures, clinical course duration, and a high invalidization of the population, but also for the social & economic systems of the branch, as consequently labour

resources decrease and are lost, social allocations increase, and there occurs loss of human labor resources and material labour resources.

The circulatory, respiratory and digestive diseases are the principal ones among all therapeutic diseases with respect to the population morbidity, mortality and invalidization rates [1,2]. Over the last 10 years, the total morbidity rate per 100000 population in view of the said diseases changed as follows: there was a slight decline in the respiratory diseases rate from 31050,3 in 2001 to 29840,1 in 2011, in the digestive diseases rate - from 10144,4 in 2001 to 9189,5 in 2011, and a multiple increase in the circulatory diseases rate from 2605,2 in 2001 to 11751,1 in 2011 (Figure 1).

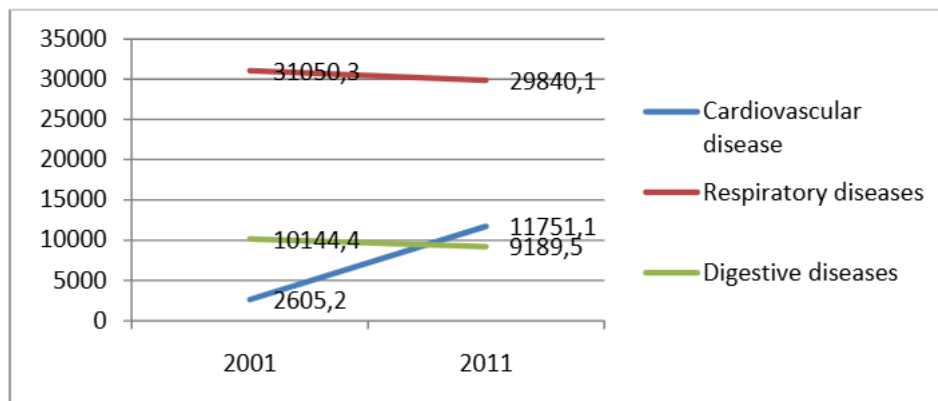


Figure 1 - RK population total morbidity (per 100 000 persons) as per therapeutic diseases classes (cardiovascular, respiratory and digestive diseases) over 2001-2011.

The Cardiovascular diseases rank first among the causes of disability and mortality of the population in the Republic of Kazakhstan, in which respect this problem is urgent and socially significant. Over the last 10 years, the total morbidity rate for the RK population suffering from circulatory diseases had a tendency to a steady increase. In general, the total number of patients suffering from circulatory diseases is currently over 10 % of the total population in the Republic of Kazakhstan.

The dynamics of the total morbidity rate from cardiovascular diseases in RK showed a steady increase over 2001-2011. The statistically average data on the total morbidity rate from circulatory diseases increased by 451% (or 4,5 times more). The total number of registered patients in RK by 2011 was 1 945822. Such increase might be connected not only with the enhancement of diagnostic possibilities of cardiological service by Regulation No. 102 of the RK

Government «On approval of development program for cardiological and cardiac surgery service in the Republic of Kazakhstan for 2007-2009» dated February 13, 2007, but the actual increase in the «army» of cardiological patients. In turn, that may be indicative of insufficient efficiency of medical and preventive measures currently being taken [3,5].

The maximum increase among the principal nosologies of circulatory diseases was observed in relation to hypertension (Figure 2). Among the circulatory diseases, 63,6% was accounted for a share of hypertension and coronary disease over 2011. During 2001-2011, the rate was comparatively higher in rural areas of the Republic than in regions on the whole, that may indirectly testify that the real rates, especially as regards hypertension, were even higher in rural areas than in urban ones.

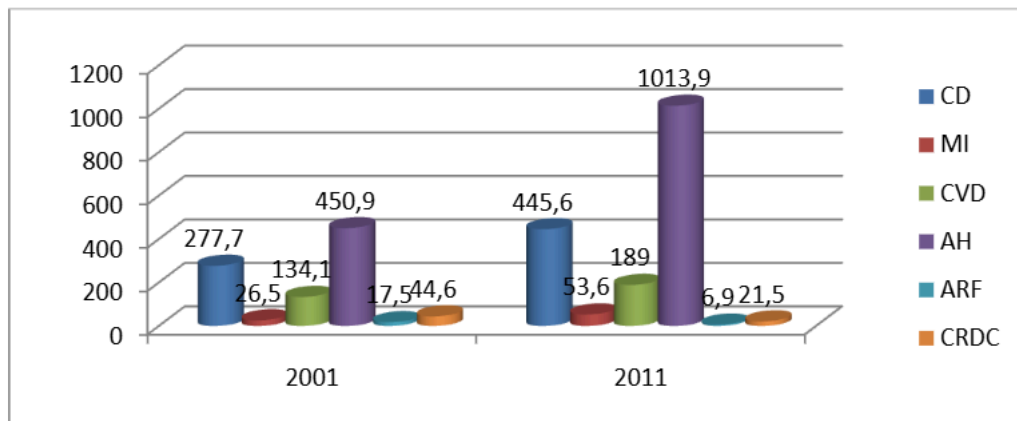


Figure 2 - Morbidity rates from the basic groups of circulatory diseases (Coronary Diseases, Myocardial Infarction, Cerebrovascular Disease, Arterial Hypertension, Acute Rheumatic Fever, Chronic Rheumatic Heart Disease) over 2001-2011.

The high rates of the total morbidity from circulatory diseases still remain due to more patients in urban areas of the Republic, and the morbidity rate mostly increases due to the expansion in the number of villagers' references to doctors [2,4]. The threatening primary incidence rate from circulatory diseases was noted both in regions and in rural

areas in all the regions of the Republic exceeding 1,5 - 3,5 times more in 2011 as compared with 2001.

For today, 534 accident-assistant squads deliver acute medical care to the population, of which 127 (23,7%) are cardiological ones (Figure 3).

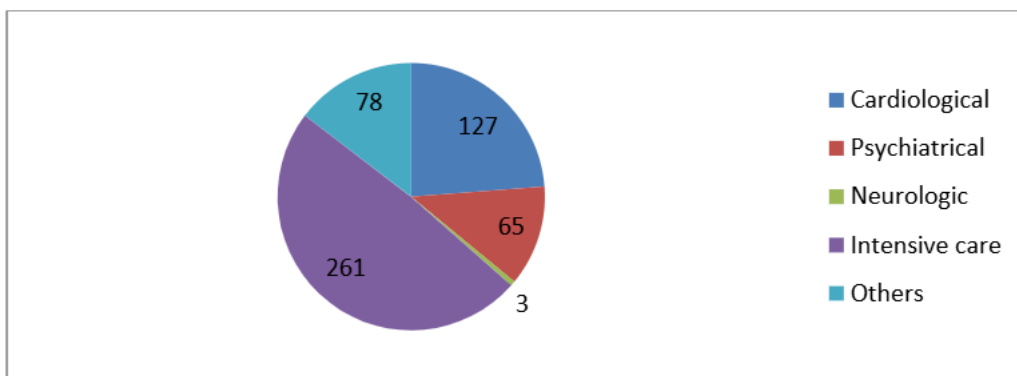


Figure 3 - The number of specialized accident-assistant squads in 2011

The analysis of the emergency call service performance shows that each 3rd call of an accident-assistant squad is due to an acute chronic cardiological disease, or the acerbation thereof.

According to the World Health Organization (hereinafter – “WHO”), the standardized mortality rate for the population of the Republic of Kazakhstan subject to circulatory diseases is twice as high as the same in the countries of the European region (867,9 against 448,0 per 100000 population,

respectively). Besides that, the absolute number of patients, who died from circulatory diseases, is 81,1 ths. of persons. More than 80 ths. of persons die from circulatory diseases in the country annually [2]. In the nosological spectrum of the causes of the population disability, circulatory diseases ranked first. The disability rate from circulatory diseases among all diseases is much higher than the same as applied to the total population of the Republic in general [5].

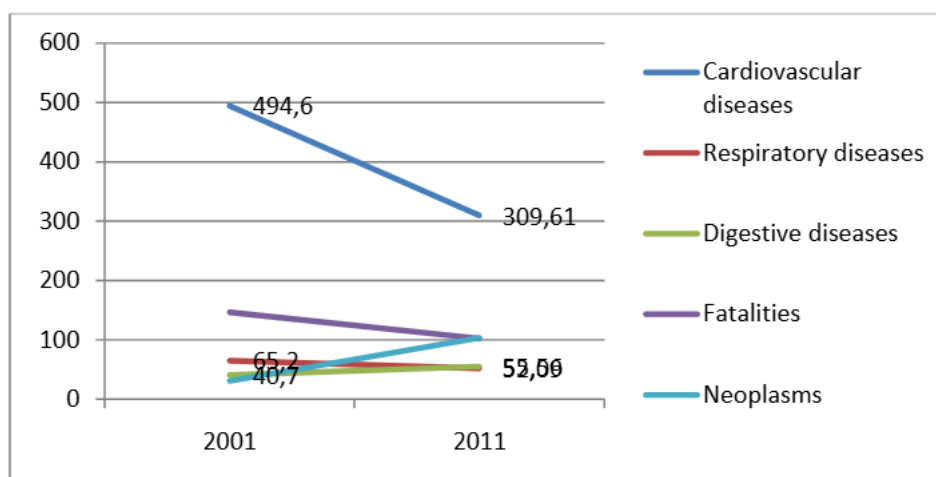


Figure 4 - Mortality rate for RK population (per 100 000 persons) according to classes of principal causes of death (cardiovascular diseases, respiratory diseases, digestive diseases, fatalities and neoplasm) over 2001-2011.

As shown in Figure 4, in spite of the decrease rate from 494,6 in 2001 to 309,61 in 2011, the mortality from circulatory diseases among all the existing classes of diseases ranks first as before, which share was 49 – 52 % of the total mortality rate over 2001 – 2011. From among them, only Coronary diseases caused from 30 to 60% (over 2001-2011) of cardiovascular mortality. The most cases of circulatory diseases are related to life styles and modifiable psycho-physiological factors. According to the Research Institute of Cardiology & Internal Diseases (2006-2008), the risk factors modification clearly demonstrated some reduction in morbidity and mortality with persons, who had both diagnosed and undiagnosed circulatory diseases. [1]. The said data determines the necessity of an active approach to preventive measures against circulatory diseases.

The feature of cardiological diseases consists in the morbid affection of the adult employable population. For example, in Russia, if under the age of 40 years old the population mortality rate from circulatory diseases varies from 6,4 to 105,25 per 100000 population concerned, then at the age of over 40 years old the said rate varies from 294,5 to 4748,7 per 100000 population concerned. Circulatory diseases are the “crown” of pathologic affection of the organism, and the final pathologic state of the organism. It is no mere chance that the major cause of therapeutic mortality is Myocardial infarction and Cerebrovascular diseases [4].

Myocardial infarction ranks first among the causes of hospital lethality, which is 13,6% (in 2001 – 14,0%). It is known that Myocardial infarction and Cerebrovascular diseases are complications of the most common cardiological diseases – Hypertension and Coronary diseases. Approximately in a half of the said cases death occurred within the first hour of the onset of myocardial infarction symptoms at a level of administering primary medical care before patients are delivered to in-patient clinics.

Coronary diseases is at the top among the circulatory diseases with respect to the lethality level, which percentage increased from 35% in 2001 to 48% in 2011. The cause of fatalities from Coronary diseases in more than 60% of cases was Myocardial infarction where in more than a half of cases death occurred during the first hour, in which respect an early detection of pathology is required to deliver an effective health care just at the said stage.

Circulatory diseases as a cause of disability retirement among the other forms of diseases rank first, which share is

26-27% in the disability patterns leaving behind disability from malignant neoplasms, tuberculosis, fatalities, injuries and intoxication.

The highest percentage in the disability patterns is accounted for Cerebrovascular diseases (35%), then for Coronary diseases (28%), and Hypertension (22%). All that results in social and economic damages, provided such costs are taken into consideration as associated with treatment and rehabilitation (costs for emergency call service, medicaments, equipment, expenses for the upkeep of medical personnel, depreciation of fixed assets, hospital service and post - hospital service etc.) of cardiological patients, and in the loss of employable population owing to both disability (1/4 of all the causes of disability) and mortality (51,3% of all the causes of mortality). One may say that cardiovascular diseases are the provoked diversion of funds [5].

The cardiological service of the Republic of Kazakhstan is gradually guided by the applicable international standards, of which such requirements are currently complied with as applied in the surgical treatment of cardiac failure of development, great vessel diseases, CABG, in the stenting of coronary arteries, in the installation of Amplatzer’s occluders and cardiostimulators, and in the radio frequency ablation of arrhythmogen zones. The applicable international standards are introduced in the acute coronary syndrome treatment including acute myocardial infarction, chronic cardiac failure, arterial hypertension, and cardiac rhythm and conduction disturbance.

And some matters of developing outpatient treatment of the cardiological service remain unsolved. A low level of knowledge of the population about those factors, which enhance a risk of cardiovascular death, insufficient preventive measures and periodic health examination at an ambulatory care level, shortcomings of medical care prior to the hospitalization, the lack of modern high-technology methods for diagnostics and treatment of circulatory diseases, an insufficient qualification of physicians (especially at the primary level), the lack of infantile cardiology, a rehabilitation system etc. are still the major reasons of high mortality and disability from circulatory diseases in the Republic of Kazakhstan.

The actual therapeutic practice shows that each medical patient should be examined and given advices by a wide range of specialists.

In 2011, provision of the population with cardiologists in the system of the RK Ministry of Public Health was 0,7 (in 2001 – 0,4) per 10000 adult population subject to the profiled ward beds in the republican, town and regional medical institutions including urban population – 1,2 (in 2001 – 0,6), and rural population – 0,1 (in 2001 – 0,08) [2]. Provision of cardiologists in the outpatient & polyclinic network is 0,21 on actual basis (0,39 on the staff) (attending physicians–426,25, individuals – 231) per 10000 adult population where the requirement of the outpatient & polyclinic network is 0,4 by RK MPH Order No. 979 dated 30.12.2003. Throughout the Republic, the total staff of cardiologists (766,25) is completed with individuals just by 65,9% (505 physicians). The said data shows an insufficient staffing with cardiologists, a physical shortage of human resources, and a

staff deficit. That may be caused by not only weak social and economic attractiveness and the result of loss of professional personnel, but also the existing demographic problem [2].

It should be noted that the therapeutic profile of beds in Kazakhstan is represented by both general therapeutic and cardiological, gastroenterological, allergic, endocrinologic, hematologic, nephrological, rheumatologic and pulmonological beds. The number of cardiological beds in 2011 was 3196 (in 2001 – 2212). For the last 10 years, the rate of provision of the population with therapeutic beds increased from 5,5 in 2001 to 9,5 in 2011, and with cardiological beds – from 1,5 in 2001 to 1,9 in 2011 (Figure 5).

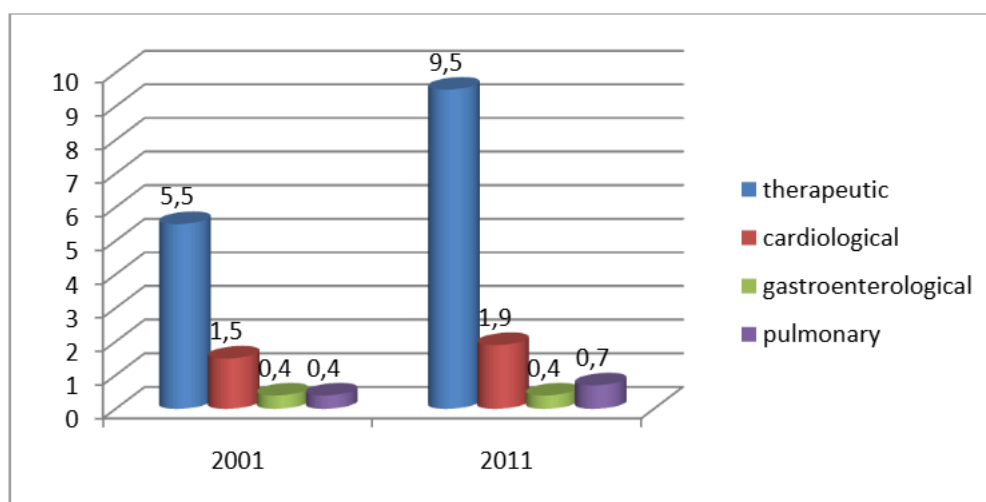


Figure 5 - Provision of the population with therapeutic beds over 2001- 2011.

Conclusions

The above-mentioned statistical data cannot fully reflect the existing situation as morbidity and disability cases are registered after references to doctors, there is no disease intelligence at an early stage, a lot of patients just do not visit doctors and remain untreated and unobserved, and there is even no fact of registration of a disease.

When analyzing the percentage of morbidity, morbidity, mortality and lethality from circulatory and other diseases in the Republic over 2001-2011 where the primary morbidity from circulatory diseases ranked fourth, morbidity – 2nd and mortality ranked first, and comparing it with clinical features of cardiologic diseases, the following features of patients suffering from circulatory diseases may be noted. There is a

lot of reasons of that, patients, who suffer from circulatory diseases, see a doctor more often than other patients, they are ill for a longer period, there is a great number of them that enhances operating stress on the cardiologist. Moreover, one should note the fact that despite the development of the world pharmacological industry, the traditional medicinal treatment of circulatory diseases is inefficient, and the traditional preventive control being currently carried out is insufficiently effective.

The problems of development and further improvement of therapeutic service are always pressing in the health-care reform generally. An emphasis laid on the socially significant diseases, in particular, on the circulatory ones, should be of considerable importance in the health system basis.

REFERENCE

- 1 World Health Statistics, 2012, WHO. – Geneva: 2012
- 2 Statistic Database “Health of RK Polulation and activities of public health organizations“ over 1985-2011.
- 3 Ministry of Health. Structure of the Ministry of Health. Astana, Ministry of Health. http://www.mz.gov.kz/index_, accessed 13 June 2011)
- 4 OECD HealthData, 2011; WHO Global Health Expenditure Database. - 2012
- 5 A.Katsaga, M. Kulzhanov, M. Karanikolos, B. Rechel. Kazakhstan: Health system review. Health system in Transition. – 2012. - 14(4). – P. 1-154.
- 6 Campbell J. Inappropriate admissions: thoughts of patients and referring doctors / J. R. Soc. Med. – 2001. - №94.

А.А. АҚАНОВ, Т.С. МЕЙМАНАЛИЕВ, А.Б. ҚҰМАР.

*С.Д.Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медициналық университеті,
Х.Досмұхамедов атындағы Қоғамдық денсаулық сақтау мектебі*

ҚАЗАҚСТАНДА ТЕРАПИЯЛЫҚ ҚЫЗМЕТТІҢ ДАМУЫ: ӘЛЕУМЕТТІК МАҢЫЗДЫ АУРУЛАР

Түйін: Терапиялық қызметті дамыту маңыздылығына орай, дүниежүзінде тиімді емдеу-профилактикалық, алдын алу бағдарламалары қарастырылуда. Денсаулық сақтау жүйесі мамандарының болжамынша, жақын уақытта Қазақстан Республикасында әлеуметтік маңызды терапиялық аурулардың азаюы күтілмейді, керісінше, ол әр 10 жыл сайын жоғарылауда.

Түйінді сөздер терапиялық қызмет, терапиялық аурулар, әлеуметтік маңызды аурулар

А.АКАНОВ, Т.МЕЙМАНАЛИЕВ, А.КУМАР

*Казахский Национальный медицинский университет им. Ж.Асфендиярова,
Школа общественного здравоохранения им. Х.Досмухамедова*

РАЗВИТИЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В КАЗАХСТАНЕ: СОЦИАЛЬНО-ЗНАЧИМЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Резюме: В силу чрезвычайной актуальности проблемы совершенствования терапевтической службы, а также лечения терапевтических заболеваний во всём мире усиленно ведутся исследования по созданию эффективных лечебно-профилактических программ, превентивных мероприятий при хронических неинфекционных заболеваниях. По прогнозам специалистов системы здравоохранения, в ближайшие годы существенного снижения заболеваемости социально-значимыми терапевтическими патологиями в Республике Казахстан (РК) ожидать не следует, напротив, она имеет тенденцию увеличиваться в 2 раза каждые 10 лет.

Ключевые слова терапевтическая служба, терапевтические заболевания, социально-значимые заболевания.

МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Изменение организационной структуры поликлиники должно предполагать функционирование гериатрического кабинета для оказания специализированной медицинской помощи прикрепленному населению старших возрастов и лицам с признаками преждевременного старения организма.

Ключевые слова: амбулаторно-поликлинических организаций, гериатрический кабинет, медицинское обслуживание.

Проблема «старения населения» характерна для многих стран мира, Казахстан не исключение. Согласно Докладу Уполномоченного по правам человека в Казахстане «О соблюдении прав пожилых людей в Республике Казахстан» к 2050 году доля стареющего населения республики может достигнуть 25%.

Увеличение доли населения старше 65 лет обуславливает рост потребности данной группы населения в различных видах медицинской помощи (Т.Г. Котельникова, О.Г. Яковлева, 1995; Л.Ф. Кобзева, 1995; Н.Н. Михневич, 1996; Э.В. Карюхин, 1998, 1999; С.Н. Пузин, А.А. Модестов с соавт., 2007; А.А. Аканов, С. Ямашита, С. Мейрманов с соавт., 2008), что в свою очередь обусловлено низкими компенсаторными возможностями организма, и определяет высокий уровень распространенности хронических заболеваний у данной возрастной группы населения.

Совершенствование медицинской помощи, оказываемой людям пожилого возраста, комплексное решение их медико-биологических, социальных, психологических аспектов определены одним из приоритетов Государственной программы «Саламатты Казахстан» на 2011-2015 годы, утвержденная Указом Президента РК от 29.11.2010 года №1113.

В настоящее время медицинское обслуживание пожилых лиц в республике оказывается в виде медико-санитарной помощи, так как врачей – гериатров, специализированно занимающихся пациентами пожилого и старческого возраста, практически нет.

Деятельность существующих Дома сестринского ухода и хосписа (отделения сестринского ухода) в основном направлена на поддерживающее лечение лиц пожилого и старческого возраста, медицинский уход, социальное обслуживание, оказание консультативной и психологической помощи. Также особую актуальность приобретает совершенствование нормативно-правовой основы оказания медицинской помощи данному контингенту лиц, разработка и совершенствование протоколов диагностики, лечения и реабилитации, разработку квалификационных стандартов, нормативов нагрузки, как для медицинского персонала, так и для социальных работников. В городе Алматы функционирует поликлиника участников ВОВ, которая обслуживает ветеранов войны и труда, которые получают бесплатное слуху и зубопротезирование, лекарства по отдельным заболеваниям, бесплатную помощь по всем специализированным направлениям. Как показали исследования, чаще всего больные старше 60 лет обращаются к участковым врачам: две трети всех посещений поликлиник и 85% вызовов на дом, что

подтверждает острую нуждаемость пожилых людей в специализированной амбулаторно – поликлинической помощи.

Таким образом, основными организациями по предоставлению медицинской помощи старшему поколению являются амбулаторно - поликлинические учреждения, осуществляющие прием, обслуживание больных на дому и дневных стационарах. Отмечающийся рост обращаемости пожилых людей за скорой медицинской помощью свидетельствует об имеющихся организационных проблемах в оказании доступной, качественной амбулаторно-поликлинической помощи. Актуальным вопросом современного здравоохранения является предоставление медицинской помощи данному контингенту лиц в общей медицинской сети с учетом особенностей возрастных и физиологических изменений. При этом участковый врач-терапевт должен больше внимания уделять проведению реабилитационных мероприятий на дому (активная стимуляция двигательных способностей и способностей к самообслуживанию), выработке активной жизненной позиции у больного.

Задачи продления активного долголетия, снижения издержек по медицинскому обслуживанию людей пожилого возраста, по увеличению их востребованности на рынке труда, обеспечению в старости стоят также и перед Казахстанским обществом.

Изменение организационной структуры поликлиники должно предполагать функционирование гериатрического кабинета для оказания специализированной медицинской помощи прикрепленному населению старших возрастов и лицам с признаками преждевременного старения организма.

Осуществлять прием пациентов должен квалифицированный врач-терапевт, получивший специальную подготовку по гериатрии, т.е. врач-гериатр. При этом основой деятельности данного структурного подразделения поликлиники являются: осуществление лечебно-консультативной и профилактической помощи здоровым и больным лицам старших возрастных групп населения; проведение консультаций врачей-терапевтов и других специалистов поликлиник по гериатрии, лечебно-диагностической и диагностической помощи больным старших возрастов.

Учитывая опыт других стран оказания помощи пожилым лицам и «старение» населения, в нашей республике необходимо совершенствовать развитие специализированной геронтологической службы, с обязательным решением проблемы повышения квалификации врачей всех клинических специальностей по вопросам геронтологии и гериатрии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Исаев, А.П. Стационарная медико-социальная помощь пожилым и престарелым Пожилые люди - взгляд в XXI век. – НИСОЦ.- Нижний Новгород: 2000. - С. 83-84.

Г.К. МАЯКОВА

АМБУЛАТОРЛЫҚ-ЕМХАНАЛЫҚ ҰЙЫМ ЖАҒДАЙЫНДА ЕРТЕ ЖӘНЕ ҚАРТТЫҚ ЖАСТАҒЫ АДАМДАРҒА
МЕДИЦИНАЛЫҚ ҚЫЗМЕТ КӨРСЕТУ

Түйін: Емхананың ұйымдастырушылық құрылымының өзгеруі емханаға бекітілген егде жастағы және ағзаның ерте қартаю белгілері бар адамдарға мамандандырылған медициналық көмек көрсетуге арналған гериатриялық кабинеттің жұмыс істеуімен сипатталады.

Түйінді сөздер: амбулаторлық-емханалық ұйым, гериатриялық кабинет, медициналық қызмет көрсету.

G. K. MAYAKOVA

MEDICAL CARE OF PERSONS OF ADVANCED AND SENILE AGE IN THE CONDITIONS OF THE OUT-PATIENT
AND POLYCLINIC ORGANIZATIONS

Resume: Change of organizational structure of polyclinic has to assume functioning of a geriatric office for rendering specialized medical care to the attached population of advanced ages and to persons with signs of presenilation of an organism.

Keywords: out-patient and polyclinic organizations, geriatric office, medical care.

ВНЕДРЕНИЕ ЕНСЗ ПРИ ОКАЗАНИИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

Исследование деятельности ПМСП в условиях внедрения Единой Национальной системы здравоохранения с изменением принципов финансирования представляет определенный интерес, как для организаторов здравоохранения, так и для практических врачей.

Ключевые слова: первичная медико-санитарная помощь, единая национальная система здравоохранения

Одним из приоритетов Государственной программы «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы, является усиление профилактической направленности медицинского обслуживания населения республики.

Единая национальная система здравоохранения направлена на коренное изменение технологии оказания услуг, в первую очередь, услуг первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). В целях повышения доступности, эффективности, качества и развития ПМСП планируется комплексное совершенствование, включая разработку и внедрение рациональных форм и методов оказания ПМСП, развитие медико-социальной направленности путем внедрения института социальной работы.

Единая национальная система здравоохранения, предусматривает свободный выбор врача и медицинской организации потребителями медицинских услуг, развитие конкуренции среди медицинских организаций, а также достижение конечных результатов и оплату медицинских услуг по фактическим затратам.

Реформирование деятельности организаций ПМСП (первичной медико-санитарной помощи - ПМСП) в условиях внедрения Единой Национальной системы здравоохранения с изменением принципов финансирования предполагает обеспечение граждан качественной медицинской помощью, а также на расширение возможностей рационального использования имеющихся ресурсов самими поставщиками ПМСП.

Снижение финансовых затрат на оказание дорогостоящих видов стационарной медицинской помощи невозможно без перемещения акцента на с госпитального сектора здравоохранения на амбулаторно-поликлинический.

Основные мероприятия в реформах финансирования и управления первичного здравоохранения включают введение новой системы оплаты поставщиков медицинских услуг за конечный результат, а также усиление финансовой и управленческой самостоятельности учреждений ПМСП.

Поиск решений проблемы создания более эффективной, рентабельной, оперативной и обеспечивающей соблюдение принципов социальной справедливости системы здравоохранения актуален для всех стран.

В 1978 году ВОЗ в Алматинской декларации дала определение ПМСП как «первый уровень контакта человека, семьи и общества с национальной системой здравоохранения, обеспечивающий наибольшее приближение здравоохранения к местам проживания и работы людей». При этом ПМСП акцентирована не только на лечении, но и на профилактике и повышении медицинской грамотности пациента, непрерывности медицинского наблюдения.

Одной из проблем отечественного здравоохранения является существующие методы оплаты услуг ПМСП и амбулаторной специализированной помощи. Реформы в области финансирования ПМСП должны способствовать повышению качества медицинской помощи.

С целью мотивации СВА на улучшение качества предоставляемых услуг населению, необходимо чтобы полученные деньги в расчете на одного прикрепленного жителя, СВА должны сами тратить без контроля постатейного расхода и свободно принимать решения о наиболее эффективном использовании денежных средств на собственные нужды. Повышение уровня знаний персонала СВА по медицинскому аудиту, а также внедрение новых форм аттестации кадров является наиболее эффективным методом контроля и механизмом непрерывного повышения качества медицинской помощи с позиции эффективного менеджмента.

При этом одним из основных конечных результатов оценки деятельности СВА должна стать удовлетворенность пациентов, число случаев запущенных заболеваний, количество госпитализаций и число вызовов скорой помощи диспансерных больных и т.п.

Существующие способы оплаты амбулаторно-поликлинической помощи (АПО): оплата медицинских услуг, оплата законченных случаев лечения, финансирование по подушевому принципу на одного прикрепленного жителя, не являются оптимальными.

Метод оплаты за отдельную медицинскую услугу по согласованным тарифам, при многих положительных характеристиках, остается достаточно затратным в условиях ограниченных финансовых ресурсов.

Основным методом оплаты АПО является подушевой финансирование с учетом половозрастной структуры прикрепленного населения и других параметров, влияющих на потребление медицинских услуг. При этом руководители поликлиник самостоятельно принимают решения штатных, финансовых, кадровых и организационных вопросов.

В систему финансирования по случаю поликлинического обслуживания (СПО) входит оплата комплекса медицинских услуг, оказываемых одному пациенту, за каждый случай обращения за медицинским обслуживанием. При таком подходе финансирования оплата направлена на саму медицинскую помощь гражданам; взаимоотношения заказчиков и производителей медицинских услуг, что обеспечивает более эффективное распределение имеющихся ресурсов и экономическую заинтересованность медицинского персонала в оказании качественной медицинской помощи [1].

Сложность выбора наиболее подходящего метода оплаты АПО основана на том, что здравоохранение является неприбыльным сектором народного хозяйства, в вопросах финансирования которого проводятся

значительные реформы, как в странах СНГ, так и во всем мире, а медицинская услуга является специфической, эффект от которой может быть и «нулевым», и даже «отрицательным».

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Ким С.В. О направлениях развития управления и финансирования амбулаторно-поликлинических услуг в Казахстане // Проблемы соц. медицины и управления здравоохранением. – 2002. - №24. – С.3-6.

Г.К. МАЯКОВА

БІРІНШІЛІК МЕДИЦИНАЛЫҚ-САНИТАРЛЫҚ КӨМЕК КӨРСЕТУДЕ БҰДСЖ ЕНДІРУ

Түйін: Қаржыландыру ұстанымдарының өзгеруімен Бірыңғай Ұлттық денсаулық сақтау жүйесін ендіру жағдайындағы БМСК қызметін зерттеу денсаулық сақтау басшыларының және де тәжірбиелік дәрігерлердің де қызығушылығын тудырады.

Түйінді сөздер: біріншілік медициналық-санитарлық көмек, Бірыңғай Ұлттық денсаулық сақтау жүйесі

М.Д. МУСТАФИНА

АО «Медицинский университет Астана»
Деканат послевузовского образования

«ФОРСАЙТ В ОБЩЕСТВЕННОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ»

Форсайт является достоверной и научно-обоснованной методологией для избежания возможных рисков и получения оптимальных результатов во многих областях общественной жизни человека. Данная методология очень актуальна при использовании ее в общественном здравоохранении при решении стратегических задач в медицинской сфере Казахстана.

Ключевые слова: Форсайт, методология, общественное здравоохранение, достоверность

Исторически явление форсайта в общественной жизни появилось в конце 20-го века преимущественно в экономической, технологической и правовой сферах. Форсайт в переводе с английского языка означает «предвидение».

Имеющийся на сегодняшний день инструментарий Форсайта в значительной степени был разработан корпоративным, военным и аэрокосмическим секторами десять, двадцать, тридцать и даже сорок, пятьдесят лет назад. Достаточно долго он служил надежно указанным выше секторам, и позже гражданским секторам экономики.

Методология Форсайт предполагает раскрытие всех связей и закономерностей систем в их формировании и прогнозе развития с учетом сложившихся обстоятельств, новых вызовов и рисков. Философия форсайта заключена в перспективе предвидения результатов в этих областях с возможностью использования методологии форсайта во избежание возможных рисков и получения оптимальных результатов. Сформированные Бенном Мартином основные принципы Форсайта – во-первых, вовлечение в процесс разработки программ Форсайта различных субъектов политики или то, что в западной практике называется «participation»; во – вторых, ориентация на будущее, на перспективу и, в-третьих, увязывание исследований относительно перспектив развития в будущем с формированием политики, стратегических приоритетов – превратилась в визитную карточку Форсайта стран – членов ЕС. Большинство стран ЕС за последние 10-15 лет реализовали программы национального технологического Форсайта, а некоторые из них (Германия, Великобритания, Нидерланды, Франция и др.) – несколько циклов такого рода программ. В 6-ой рамочной программе ЕС в Европейской Комиссии было создано специальное подразделение, отвечающее за Форсайт. Важнейшими результатами деятельности этого подразделения является создание общей научной платформы Форсайта и формирование Европейской сети мониторинга Форсайта [1-5].

Япония в конце 70-х годов разработала национальную программу технологического Форсайта, которая, прежде всего, была ориентирована технологическое развитие и была ориентирована достижение технологического развития стран Запада. Результативность применения методологии Форсайта с использованием метода Дельфи оказалась очень высокой. Особое значение для реализации проекта имеет определение понятия Форсайт экономики знаний, каковы основные черты, задачи, цели и инструментарий третьего поколения Форсайта.

Одной из особенностей Форсайта экономики знаний является то, что он должен ориентироваться на потребности потребителей инноваций, а также это не только ориентация на исследование будущего, а на выявление и исследование согласованного видения перспектив развития, на формирование мер и механизмов политики для его достижения.

Во-вторых, Форсайт экономики знаний должен служить площадкой для диалога между различными субъектами политики, инструментарием для формирования сетей и соответственно динамичной и адаптивной экономики. Таким образом, Форсайт, объединяя в рамках диалога различные субъекты общества, превращается в важный инструмент формирования нового общества и превращается в инструмент для изменения стереотипов поведения и мышления различных субъектов общества. Форсайт, с одной стороны, «обслуживает» субъектов политики, а с другой стороны, выявляет новые тенденции, проблемы, вызовы, за которые в сформировавшейся системе принятия решений еще никто не отвечает [6-9].

Сегодня появились новые проблемы, например проблема изменения климата или возникновения новых болезней, новые быстроразвивающиеся междисциплинарные области науки и технологий, такие как нанотехнологии. Прежде всего, эти новые проблемы и области науки и технологий требуют разработки новых подходов [10,11]. Известно о значительном влиянии климата земли на здоровье человека, а вновь внедряемые инновации в области диагностики и лечения многих заболеваний, особенно, социально-значимых, таких как сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет и бронхиальная астма, депрессии все это в купе влияет на здоровье и качество жизни, как отдельного человека, так и на уровень здоровья всего общества.

Это предопределяет поворот от технологического прогнозирования к научному прогнозированию, то, что в западной литературе называется «technology-based and science-based forecasting». Такого рода поворот, безусловно, меняет значимость различного рода источников информации и методов Форсайта [12,13].

Здоровье является одним из главных показателей развитости любого государства, его политического, технологического, интеллектуального, экономического, социального и метального благополучия. Общественное здоровье как сложное многофакторное социально – экономическое явление представляет собой исторически сформировавшуюся систему со своей эволюцией, особенностями развития. Поэтому изучение феномена здоровья с позиций методологии Форсайта, как

наиболее эффективный инструмент выбора приоритетов в науке и технологиях, как вариант выбора является актуальной задачей современности.

Использование методологии форсайта в оценке человеческого здоровья продиктовано реалиями современного времени. В связи с тем, что возникают резистентные новые штаммы инфекций, развивается медицинская и молекулярная генетика, нанотехнологии и трансплантология органов и, главным образом, в области организационно – управленческих, диагностических, лечебных и реабилитационных технологий предполагают рассмотрение общества здоровья с позиций Форсайта.

Существует множество методов прогнозирования, однако, в программах Форсайт наиболее интенсивно используются лишь 10–15 из них. Среди наиболее продуктивно используемых методов – Дельфи, критические технологии, разработка сценариев, технологическая дорожная карта и формирование экспертных панелей. Набор методов, применяемых в том или ином проекте, может выбираться с учетом множества факторов: временных и ресурсных ограничений, наличия достаточного количества высококвалифицированных экспертов, доступа к информационным источникам и др. Тем не менее, ключевым условием успешности проекта является использование методов, обеспечивающих эффективную работу привлекаемых экспертов.

Одним из самых распространенных методов является Дельфи, который базируется на опросе экспертов или респондентов. Целью такого рода опросов является не только предоставление аналитикам информации для последующей обработки, но и обеспечение обратной связи с респондентами. Дельфи подразумевает не разовый опрос, а как минимум две итерации опроса одной и той же группы респондентов (для классического варианта Дельфи характерно несколько итераций: от трех до восьми). Главное преимущество метода состоит в возможности получить развернутые, объективные

результаты. В отличие от традиционных заседаний в рамках панелей экспертов, интерактивный подход не дает эффекта влияния авторитетных и активных участников на остальных, а также снимает проблему сбора всех экспертов в одно время в одном месте. Еще одним методом, часто используемым в Форсайт - проектах является разработка сценариев. Сценарий - это инструмент анализа с целью выработки политики, который дает описание возможностей совокупности будущих условий развития, движущих сил, тенденций. В программах технологического Форсайта сценарии должны показать возможные альтернативные варианты изменений во внешней среде и их влияние на перспективы технологического развития, а также обратное влияние развития технологий на внешнюю среду. Сценарии наиболее эффективны как дополнение к результатам SWOT-анализа, мозговых штурмов, патентного анализа. Суть метода дорожных карт состоит в создании визуального представления плана-сценария, который фиксирует возможные сюжеты и точки критических решений. Основным преимуществом метода является выработка согласованного видения долгосрочных целей развития отрасли.

Система методов Форсайта постоянно развивалась и совершенствовалась, за последние десять лет накоплен большой опыт их практического применения. Эффективность комбинированного применения различных качественных и количественных методов нашла свое подтверждение. В то же время стало очевидно, что большие проекты, посвященные выбору технологических приоритетов на национальном уровне, требуют новых подходов, обеспечивающих получение объективных оценок, основанных на количественном анализе эмпирических данных – статистических индикаторов, патентной статистики, библиометрической информации и др.

классификация методов форсайта представлена в таблице 1 [14].

Таблица 1 - Классификация методов форсайта

Наименование	Качественный	Смешанный	Количественный
Методология	Эссе/написание сценариев Wild cards Игровая симуляция Мозговой штурм Деревья соответствий SWOT Backcasting Сканирование Панели экспертов Морфологический анализ Интервью Обзор литературы	Дорожные карты Дельфи метод Критические технологии Голосование Карты ЛПП Количественные сценарии Кросс-импакт анализ	Индикаторы Патенты Библиометрика Бенчмаркинг Экстраполяция Модели

Из приведенной таблицы 1 видно множественное многообразие методов, используемых в форсайт-исследованиях, в частности, качественных методов.

Известно, что форсайтные исследования не идентичны прогнозам, которые составлялись 50 и даже 30 лет назад. В целом «futures studies» (исследования будущего) формировались как наиболее полный набор методов предсказания. Они включают в себя исследование и учет важнейших трендов и факторов, а также определение

основных интересов и анализ сочетания различных сил с целью определения альтернатив развития будущего (в гораздо большей степени, чем при составлении только прогноза будущего). Futures studies находятся под сильным воздействием таких факторов, как экология, здоровье людей, новые технологии, т. е. имеют безусловную социальную ориентацию.

Таким образом, перспективные научно-технические направления для методологии форсайта учитывают

следующие параметры: будут иметь место в ближайшие 5—10 лет при условии наличия ресурсов, необходимых для их развития (например, геномика, нанотехнология); могут создавать возможности для развития других достижений или направлений (например, новое исследовательское оборудование, моделирование и симуляционные технологии); могут развиваться в условиях международного или глобального сотрудничества (например, науки об окружающей среде, космические науки); создают новые подходы к междисциплинарной или в рамках одной дисциплины кооперации (глобальное потепление, старение); связаны с этическими проблемами (разработки, способствующие уменьшению цифрового, медицинского, нано «разрывов»); а также результат, которых имеет большое значение для общества в виде улучшения качества жизни или снижения рисков.

Из вышеуказанного становится понятно, что форсайт в медицинском обществе находится на первых ступенях внедрения не только в Казахстане. Но вместе с тем рассмотрение этой парадигмы в медицине позволит использовать ее как в науке, так и в медицинских технологиях. Это может повлиять на снижение глобального бремени болезней, улучшение гендерного здоровья, на увеличение средней продолжительности жизни и связанную с ней демографическую ситуацию нашего континента.

Таким образом, переоценить влияние прогнозирования ситуации в общественном здоровье с помощью методики форсайта не возможно, а с учетом потребности населения в оказании качественной медицинской помощи феномен форсайта здоровья остается открытым.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Miles Ian. New horizons and challenges for future-oriented technology analysis. First International Seville Seminar on Future-Oriented Technology Analysis: Impact of FTA Approaches on Policy and Decision-Making. – SEVILLE 28-29.- SEPTEMBER 2002.
- 2 Н.В. Гапоненко. Форсайт. Теория. Методология. Опыт. Монография – М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2008.
- 3 Н.В. Гапоненко. Теоретическая база исследований/Методическое обеспечение состояния научно-технической сферы / Под ред. Н.В. Гапоненко и Д.Г. Гленна. - М.: АЦНПП РАН, 1995.
- 4 C. Freeman. Technology policy and economic performance: lessons from Japan, F. Pinter. – London: 1987.
- 5 Rader, Porter A. FTA Assumptions: Methods and Approaches in the Context of Achieving Outcomes. – Seville. - 2006.
- 6 Wagner C., Popper S. Identifying critical technologies in the United States: a review of the federal effort, Journal of Forecasting, 22 (2/3).
- 7 Tebke A., Ducatel K., Gavigan J.P. and Moncada-Paternm-Castello P. Strategic Policy Intelligence: Current Trends, the State of Play and Perspectives – S&T Intelligence for Policy-Making Processes, Research Report. - IPTS/ESTO: Sevilla. - 2001.
- 8 Gavigan J. Panorama de la Prospective en Europa, Economia Industrial. – 2001. - No. 341.
- 9 Н.В. Гапоненко. Форсайт. Теория. Методология. Опыт. Монография – М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2008.
- 10 Н.В. Гапоненко. Теоретическая база исследований/Методическое обеспечение состояния научно-технической сферы / Под ред. Н.В. Гапоненко и Д.Г. Гленна. - М.: АЦНПП РАН, 1995.
- 11 Huijjer B., Lidskog R. & Ugglä Y. Facing dilemmas: sense-making and decision-making in late modernity, Futures 38. - 2006.
- 12 Н.В. Гапоненко. Инновации и инновационная политика в переходный период к новому технологическому порядку // Вопросы экономики. - № 9. - 1997.
- 13 Witt U. The Evolving Economy: Essay on the evolutionary Approach to Economics, Edward Eldar. – Cheltenham. - 2003.
- 14 Третьяк В. П. Форсайт в вопросах и ответах /РИЭП. М.: Языки славянской культуры. - 2007. — 72 с.

М.Д.МҰСТАФИНА

ФОРСАЙТ ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚТА

Түйін: Форсайт - адамның қоғамдық өмірінің көптеген салаларында тиімді нәтижелерді алу және болуы мүмкін қауіп-қатердің алдын алу үшін шынайы және ғылыми тұрғыдан негізделген әдіснама. Бұл әдіснаманы Қазақстандағы медицина саласының стратегиялық міндеттерін шешу кезінде қоғамдық денсаулық сақтауда қолдану өте маңызды.

Түйінді сөздер: Форсайт, методология, қоғамдық денсаулық, анық-қанық.

M.D.MUSTAFINA

FORESIGHT IN PUBLIC HEALTH

Resume: Foresight is reliable and scientific methodology for avoidance of possible risks and receiving optimum results in many areas of public human life. This methodology is very actual at its use in public health at the solution of strategic tasks in the medical sphere of Kazakhstan.

Keywords: Foresight, methodology, public health, reliability

А.Т. БАРМАГАМБЕТОВА

КГП на ПХВ Атырауская городская поликлиника №3
г.Атырау

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Изучение возможностей повышения эффективности выявления и оказания медицинской помощи больным, страдающим бронхиальной астмой, а также проведение профилактических мероприятий является в настоящее время важнейшей медико-социальной проблемой.

Ключевые слова: бронхиальная астма, дыхательная система, медицинская помощь, наследственность

Бронхиальная астма (БА) - одно из наиболее распространенных хронических заболеваний, представляющее собой важную проблему современной терапии.

Ключевым звеном является бронхиальная обструкция (сужение просвета бронхов), обусловленная специфическими иммунологическими (сенсibilизация и аллергия) или неспецифическими механизмами, проявляющаяся повторяющимися эпизодами свистящих хрипов, одышки, чувства заложенности в груди и кашля. Бронхиальная обструкция обратима частично или полностью, спонтанно или под влиянием лечения. Распространённость в мире составляет от 4 до 10 %.

Для лечения используются симптоматические препараты, предназначенные для купирования приступа, и препараты базисной терапии, воздействующие на патогенетический механизм заболевания. Грозное осложнение заболевания — астматический статус. Основополагающим документом является GINA — глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы.

Симптомы бронхиальной астмы могут дебютировать в любом возрасте, но обычно возникают в детстве и сохраняются в зрелом возрасте, снижая уровень качества жизни пациента и его социальную адаптацию. Неуклонный рост заболеваемости, склонность к рецидивирующему течению, развитию тяжелых и осложненных форм, возрастающая частота инвалидизации, большие экономические потери определяют медицинскую и социальную значимость разработки методов оптимизации оказания медицинской помощи больным, страдающим бронхиальной астмой [1,2].

В США ежегодно по поводу бронхиальной астмы осуществляется 13 миллионов посещений врача и 200 тысяч госпитализаций, причем это заболевание является девятой по значимости причиной госпитализации. Поздняя диагностика данного заболевания приводит к утяжелению его течения, что требует увеличения материальных и социальных затрат.

Современное лечение астмы, как хронического воспалительного заболевания, носит постоянный характер, цель которого - достижение адекватного контроля над течением болезни. В последние годы расширился арсенал противоастматических препаратов, внедрены дорогостоящие средства доставки лекарств, повысилась стоимость медицинских услуг.

Независимо от страны или региона, бронхиальная астма ложится серьезным бременем на систему здравоохранения, так как расходы на лечение составляют 1-1,5% от общих медицинских ресурсов. Экономический ущерб значителен как для государства, так и для семьи больного, за счет производственных потерь и социальных выплат, снижения качества жизни. Для лечения бронхиальной астмы характерны высокие прямые и косвенные затраты, при недостаточном контроле течения заболевания 30-35% затрат связано с лечением обострений болезни из-за частой госпитализации, обращений за неотложной помощью, внеплановыми визитами к врачу [3].

В Казахстане за последние 5 лет заболеваемость бронхиальной астмой увеличилась в 2,2 раза. Обращаемость по данной нозологии по ряду областей возросла: в Акмолинской (90,5 случая на 100тыс.населения), Северо-Казахстанской (60,7), Костанайской (50,4), Ю-Казахстанской области (42,8). Печально, что с каждым годом количество хронических больных, особенно впервые обратившихся за медицинской помощью продолжает неуклонно расти по всем возрастным группам: дети, подростки и взрослое население. [4]

Число больных, обратившихся в лечебные учреждения по поводу бронхиальной астмы, возрастает ежегодно на 7-8%. Заболеваемость, выявляемая при медицинских осмотрах, превышает уровень заболеваемости по обращаемости, в среднем, по республике в 3 раза, при этом отмечается тенденция к ежегодному росту аллергической патологии верхних дыхательных путей. Распространенность заболеваемости бронхиальной астмой за последние годы в Республике Казахстан представлены в таблице 1.

Таблица 1 - Заболеваемость бронхиальной астмой всего населения РК на 100 000 населения

Область	2010г	2011г
Республика Казахстан	38,0	43,9
Акмолинская	62,5	90,5
Актюбинская	35,8	36,7
Алматинская	39,8	33,5
Атырауская	21,3	27,7

В-Казахстанская	31,8	40,9
Жамбылская	21,2	24,3
З-Казахстанская	20,8	28,2
Карагандинская	39,8	35,2
Костанайская	32,7	50,4
Кызылординская	34,7	39,8
Мангистауская	46,1	39,8
Павлодарская	28,0	37,8
С-Казахстанская	45,7	60,7
Ю-Казахстанская	41,2	42,8

Несмотря на неустанные попытки улучшить качество медицинской помощи больным с бронхиальной астмой, предпринятые за последние десять лет, большинство больных так и не ощутили на себе прогресса в области противоастматической терапии, а многие по-прежнему лишены даже минимальной медицинской помощи. Задачей будущих лет является работа с врачами и учреждениями первичной медицинской помощи, а также руководителями здравоохранения в различных областях, направленная на создание, внедрение и оценку программ помощи больным бронхиальной астмой, соответствующих местным потребностям. Ранняя диагностика бронхиальной астмы и назначение адекватной терапии значительно снижает социально-экономический ущерб от астмы и улучшает качество жизни пациентов, однако лекарственные препараты остаются одной из основных статей расходов на лечение БА. Поэтому цены на противоастматические препараты

остаются предметом пристального интереса и объектом для растущего числа исследований, так как от цен на препараты будет на многом зависеть и общая стоимость лечения БА.

В связи с этим изучение возможностей повышения эффективности выявления и оказания медицинской помощи больным, страдающим бронхиальной астмой, а также проведение профилактических мероприятий является в настоящее время важнейшей медико-социальной проблемой. Особую актуальность эти вопросы приобретают в условиях крупных промышленных городов, где первичная заболеваемость бронхиальной астмой у населения прогрессивно нарастает. Своевременная диагностика, адекватная терапия больным с бронхиальной астмой, несомненно, будет способствовать снижению частоты и тяжести астмы в течении жизни.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Игликова А.Э. Научное обоснование организации амбулаторно-поликлинической помощи населению с аллергическими заболеваниями. - М.: 2009г.
- 2 Биличенко Т.Н. Эпидемиология бронхиальной астмы Бронхиальная астма: в 2 т. / под ред. А.Г. Чучалина. – М.: Агар, 1997. – Т. 1. – С. 400–424.
- 3 А.В.Решетников, Н.Г.Шамшурина, В.М.Алексеева, Е.Е.Кобяцкая, Т.Н.Жилина., Применение клинко-экономического анализа в медицине/ учебное пособие. – М.: 2009г.
- 4 Статистический сборник «Здоровье населения РК и деятельность организаций здравоохранения в 2011 году». - Астана: 2012 г.

А.Т. БАРМАГАМБЕТОВА

БРОНХИАЛЬДЫ ДЕМІКПЕМЕН АУРАТЫН НАУҚАСТАРҒА МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕКТІ ҰЙЫМДАСТЫРУ

Түйін: Қазіргі кезде бронхиальды демікпемен ауратын науқастарға көрсетілетін медициналық көмектің тиімділігін жоғарлату және алдын алу шараларын жүргізу маңызды медициналық – әлеуметтік мәселе болып саналады.

Түйінді сөздер: бронхиальды демікпе, дем алу жүйесі, медициналық көмек, тұқым қуалаушылық

A.T. BARMAGAMBETOVA

THE ORGANIZATION OF MEDICAL CARE BY THE PATIENT WITH BRONCHIAL ASTHMA

Resume: Studying of opportunities of increase of efficiency of identification and rendering medical care to the patients having bronchial asthma, and also carrying out preventive actions is now the major medico-social problem.

Keywords: bronchial asthma, respiratory system, medical care, heredity

УДК 614 (072).

А.М. РАУШАНОВА

Казахский Национальный медицинский Университет им. С.Д.Асфендиярова

РКИ — «ЗОЛОТОЙ СТАНДАРТ» ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕДИЦИНСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Обязательным условием хорошо спланированного экспериментального исследования является проведение рандомизации. Дословный перевод с английского "random" означает "сделанный или выбранный наугад, случайный, беспорядочный". Эталонным дизайном клинических исследований является рандомизированное контролируемое исследование.

Ключевые слова: рандомизированное контролируемое исследование, рандомизация, «золотой стандарт».

Рандомизированное контролируемое исследование – наиболее точный способ выявления причинно-следственных связей между лечением и исходом заболевания, а также определения экономической эффективности лечения. По некоторым данным, на сегодняшний день около 20% статей, публикуемых в ведущих медицинских журналах мира, содержат результаты рандомизированных исследований [1]. Под рандомизацией понимают процедуру, обеспечивающую случайное распределение больных в экспериментальную и контрольную группы. Следует особо подчеркнуть, что рандомизацию проводят уже после того, как больной включен в испытание в соответствии с протоколом клинического исследования. Специалисты, занимающиеся этой проблемой, подчеркивают, что случайное, или рандомизированное, разделение не является синонимом беспорядочного, при котором процесс разделения не поддается математическому описанию [2]. Рандомизация считается плохо организованной при разделении больных на группы по номеру истории болезни, страхового полиса или дате рождения. Лучше всего пользоваться таблицей случайных чисел, методом конвертов или путем централизованного компьютерного распределения вариантов лечения [3]. К сожалению, упоминание о процессе рандомизации не означает правильного ее проведения. Очень часто в статьях не указывается способ рандомизации, что ставит под сомнение хорошую организацию исследования [4].

Некоторые исследователи предпочитают перед началом испытания распределить пациентов по подгруппам с одинаковым прогнозом и только потом рандомизировать их отдельно в каждой подгруппе (стратификационная рандомизация). Корректность стратификационной рандомизации признается далеко не всеми.

В рандомизированных контролируемых испытаниях (РКИ) участников случайным образом распределяют по группам с помощью процесса, аналогичного подбрасыванию монеты. Одни пациенты попадают в опытную группу (например, лечебную), а другие — в контрольную (например, в группу получающих плацебо). За обеими группами ведут наблюдение в течение определенного времени и проводят анализ исходов, формулируемых в начале исследования (например, летальный исход, инфаркт миокарда, концентрация холестерина в сыворотке и т.д.). Поскольку в среднем группы идентичны (за исключением проводимого вмешательства), теоретически любые изменения в исходах должны обуславливаться изучаемым вмешательством. Тем не менее на практике все не так гладко.

Исследования могут быть одноцентровыми или многоцентровыми. В одном лечебном учреждении за короткий срок очень трудно сформировать выборку, однородную по всем прогностическим признакам (одноцентровой), поэтому в испытания часто включаются несколько учреждений (многоцентровые исследования) многоцентровые РКИ, когда исследования по одному и тому же протоколу производятся сразу в нескольких медицинских центрах. Вместе с тем, проведение крупных многоцентровых клинических испытаний необходимо в следующих ситуациях [5]:

1. Когда польза лечения не большая или трудно ее выделить из спонтанной естественной вариабельности эволюции заболевания.
2. Когда группы подвергнутых фармакотерапии пациентов гетерогенны и только для относительно небольшой части из них фармакотерапия будет эффективной.

Рандомизированные исследования могут быть открытыми и “слепыми” (маскированными). Открытым рандомизированное испытание считается в том случае, если и пациент, и врач сразу после проведения рандомизации узнают о том, какой вид лечения будет применен у данного больного. При слепом исследовании больному не сообщается о виде применяемого лечения, и этот момент обговаривается с пациентом заранее при получении информированного согласия на исследование. Врач узнает, какой вариант лечения получит больной, после процедуры рандомизации. При выполнении двойного слепого исследования ни врач, ни пациент не знают, какое из вмешательств применяется у конкретного пациента. В тройном слепом исследовании о типе вмешательства не знают больной, врач и исследователь (статистик), обрабатывающий результаты исследования [6].

Специалисты, имеющие дело с рандомизированными исследованиями, отмечают их трудности. Одна из серьезных проблем – сложность отбора пациентов (обычно в исследования, какими бы крупными они не были, можно включить только 4-8% больных из всей популяции с данным заболеванием). Это приводит к снижению обобщаемости результатов на популяцию, т.е. доказанные в исследовании результаты можно распространять только на больных, идентичных по своим характеристикам тем, которые включены в рандомизированные исследования. Следовательно, результаты одной клинической практики не всегда можно рекомендовать для использования в других условиях без проверки новым экспериментальным исследованием. Необходимо отметить, что сам принцип рандомизированных исследований не исключает

получения ошибочных результатов при анализе и возможности статистических манипуляций.

Результаты нескольких рандомизированных исследований по какой-то проблеме могут объединяться. Количественный анализ объединенных результатов нескольких клинических испытаний одного и того же вмешательства называют мета - анализом . За счет увеличения размера выборки при мета - анализе обеспечивается большая статистическая мощность, чем в каждом отдельном испытании. Важно, однако, помнить, что некорректно проведенный мета-анализ может вводить в заблуждение из-за недостаточной сопоставимости групп больных и условий проведения лечения в различных исследованиях [7].

РКИ — «золотой стандарт» при проведении медицинских исследований. Однако это положение истинно только при определенных типах клинических вопросов. Обычно все эти вопросы касаются вмешательств, как правило, терапевтических, или профилактических мероприятий. Следует, однако, помнить, что даже при проведении медицинских вмешательств (и уж особенно если их не проводят) РКИ обладают рядом важных недостатков.

Недостатки рандомизированных контролируемых испытаний

Проведение РКИ дорого и требует времени, поэтому в практической деятельности:

- многие испытания либо не проводят вообще, либо проводят на слишком маленькой группе пациентов или в течение слишком короткого периода времени;
- большинство испытаний оплачивают крупные исследовательские институты, университеты, правительство или фармацевтические компании, которые в конечном итоге диктуют направление исследований;
- вместо клинических исходов часто используют суррогатные конечные точки (косвенные критерии оценки).

Скрытые систематические ошибки, возникающие при проведении РКИ, могут возникать в результате следующих причин:

- несовершенная рандомизация
- отсутствие рандомизации всех пациентов, пригодных

для исследования (исследователь включает в испытание только тех пациентов, которые, по его мнению, будут хорошо отвечать на данное вмешательство);

- исследователи (вопреки плану) осведомлены, в какой группе находится тот ли иной пациент (т.е. не проводится ослепление).

Преимущества рандомизированных контролируемых испытаний

- Четкая оценка одиночной переменной (например, эффект лекарственного препарата по сравнению с плацебо) в строго определенной группе пациентов (например, женщины в менопаузе в возрасте 50—60 лет)
- Проспективный дизайн (т.е. данные накапливают после того, как вы решили провести исследование)
- Гипотетико-дедуктивный подход (т.е. попытка провести фальсификацию, а не подтвердить собственную гипотезу;)
- Потенциальное исключение ошибки путем сравнения двух в остальном идентичных групп
- Возможность проведения в последующем мета-анализа (комбинирование количественных результатов из нескольких подобных исследований) [8].

Резюмируя сказанное, нужно отметить, что в настоящее время в мировой практике “золотым стандартом” считаются рандомизированные контролируемые (проспективные) испытания с двойным или тройным “слепым” контролем. Эти исследования относятся к так называемому I классу исследований. Материалы этих испытаний и проведенный на их основе мета-анализ должны использоваться в медицинской практике в качестве источника наиболее достоверной информации. Для того, чтобы результаты доказательных исследований могли быть внедрены в практику, следует четко описывать те категории пациентов, лечение которых изучалось. Читатели должны сравнить их с теми больными, которых им приходится лечить. Для решения этой задачи обязательным является детальное описание и строгое соблюдение критериев включения больных в исследование и исключения из него. Желательно, чтобы эти критерии оценивались теми средствами, которые доступны в повседневной практике[9].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Brazzi L., Bertolini G., Minelli C. Meta-analysis versus randomised controlled trials in intensive care medicine // *Intens. Care Med.* – 2000 – Vol. 26. – P. 239-241.
- 2 Epstein A.E., Bigger J.T., Wyse B.J. et al. Preliminary report: Effect of encainid and flecainid on mortality in a randomized suppression after myocardial infarction // *N. Engl. J. Med.* – 1989. – Vol. 321. – P. 406-412.
- 3 Graf J., Doig G.S., Cook D.J., Vincent J.-L., Sibbald W.J. Randomizes, controlled clinical trials in sepsis: Has methodological quality improved over time? // *Crit. Care Med.* – 2002. – Vol. 30, No 2. – P. 461-472.
- 4 Healy D.P. New and emerging therapies for sepsis // *Ann. Pharmacother.* – 2002. – Vol. 36, No 4. – P. 648-654.
- 5 Нйберт P.C., Cook D.J., Wells G., Marshall J. The design of randomized clinical trials in critically ill patients // *Chest.* – 2002. – Vol. 121. – P. 1290-1300.
- 6 Kanji S., Devlin J.W., Piekos K.A., Racine E. Recombinant human activated protein C, drotrecogin alfa (activated): A novel therapy for severe sepsis // *Pharmacotherapy.* – 2001. – Vol. 21, No 11. – P. 1389-1402.
- 7 Самородская И.В. Клинические исследования: контролируемые и рандомизированные // *Новости науки и техн. Сер. Медицина. Вып. Реаниматология. Интенсивная терапия. Анестезиология.* – 2002. – № 2. – С. 19-22.
- 8 Ступаков И.Н., Самородская И.В. Рандомизированные исследования – проблемы и перспективы // *Бюлл. НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН.* – 2001. – Том 2, № 5. – С. 12-15.
- 9 Болякина Г.К., Закс И.О. Примеры рандомизированных исследований в интенсивной терапии (по материалам журнала "Critical Care Medicine" // *Новости науки и техн. Сер. Медицина. Вып. Реаниматология. Интенсивная терапия. Анестезиология.* – 2002. – № 2. – С. 22-28.

А.М. РАУШАНОВА

РКЗ - МЕДИЦИНАЛЫҚ ЗЕРТТЕУЛЕР КЕЗІНДЕ «АЛТЫН СТАНДАРТ»

Түйін: Жоспарланған эксперименталдық зерттеу міндет шарты ол рандомизацияны жүргізу. Ағылшын тілінен "random" сөзбе-сөз аударылымы ол "Істелген немесе тәуекелдеп сайлаулы, кездейсоқ, ретсіз" деген мағынаны білдіреді. Клиникалық зерттеу эталондық дизайны рандомизирлық бақыланбалы зерттеу.

Түйінді сөздер: рандомизирлық бақыланбалы зерттеу, рандомизация, «Алтын стандарт».

A.M. RAUSHANOVA

RCT - "GOLD STANDARD" IN MEDICAL RESEARCH.

Resume: Obligatory condition well-designed experimental study is to provide randomization. The literal translation of English "random" means "made or chosen at random, casual, messy." Reference design of clinical trials is a randomized controlled study.

Keywords: a randomized controlled trial, randomization, the "gold standard."

А.К. АБИКУЛОВА, А.А. АКАНОВ, К.А. ТУЛЕБАЕВ, Б.С. ТУРДАЛИЕВА,
С.Б. КАЛМАХАНОВ, Б.А. МУСАЕВА

Казахский национальный Университет им. С.Д. Асфендиярова
Кафедра политики и управления здравоохранением

СОЦИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭКОНОМИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ЛИЦ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА ГОРОДА АЛМАТЫ

Социологическая оценка экономической активности лиц старшего возраста города Алматы. Абикулова А.К., Аканов А.К., Тулебаев К.А., Турдалиева Б.С., Калмаханов С.Б., Мусаева Б.А.

Ключевые слова: экономическая активность, лица старшего возраста (ЛСВ), социальное и пенсионное обеспечение.

В статье рассмотрен уровень экономически занятого населения старшего возраста на основе социологического опроса, который был проведен среди населения города Алматы.

Ключевые слова: экономическая активность, лица старшего возраста (ЛСВ), социальное и пенсионное обеспечение.

Население заметно различается по возрасту фактического прекращения экономической активности [1].

В странах с высоким уровнем среднедушевого дохода пожилые люди выходят на пенсию, как правило, раньше и, соответственно, в этих странах ниже показатели участия пожилых на рынке труда. Так, в более развитых регионах экономическая активность мужчин в возрасте 65 лет и старше составляет лишь 13%, тогда как в менее развитых регионах она достигает 39% [2,3]. Аналогичные различия прослеживаются и среди женщин. В более развитых регионах мира экономически активны 7% пожилых женщин, а в менее развитых регионах - 15%. В менее развитых странах пожилые люди продолжают трудиться дольше в силу ограниченности охвата пенсионными программами и сравнительно небольшого размера пенсионных пособий [4].

В большинстве стран возраст выхода на пенсию (так называемый пенсионный возраст), при наступлении которого пенсия выплачивается в полном размере при условии выработки минимального пенсионного стажа, установлен одинаковым для женщин и мужчин [5]. Однако во многих странах женщины имеют право на полное пенсионное обеспечение в более молодом, по сравнению с мужчинами, возрасте, хотя показатели дожития до возрастов 60 лет и старше у женщин выше, чем у мужчин [6].

В связи с развитием системы социального обеспечения, экономическая занятость мужчин старших возрастов в США и многих других индустриально развитых стран снижалась с 1970-х до середины 1990-х годов. С конца 1990-х годов занятость мужчин 50 лет и старше стала возрастать в США и стабилизировалась в ряде стран Организации экономического сотрудничества и развития (ОЕСД) из-за изменений, введенных в систему

общественного и частного пенсионного обеспечения. Тенденции экономической занятости женщин были несколько иными - она возрастала с 1970-х годов во всех возрастах до 60 лет [7].

В настоящее время экономическая активность населения старших рабочих возрастов не очень высока, а после достижения возраста 65 лет резко снижается, особенно в странах с хорошим социальным обеспечением (рисунок №1) [1,8]. Однако, судя по данным некоторых исследований, работники далеко не всегда хорошо информированы о двух основных источниках их обеспечения после ухода с рынка труда: социальных пособиях и пенсиях, плохо представляют, какие виды пособий и пенсий и в каком размере они будут получать [9]. Финансовые аспекты принятия верного решения об уходе с рынка труда требуют сбора и анализа широкого круга информации о социальном и пенсионном обеспечении, инфляции, процентных ставках и т.п. [10].

Как показывают результаты международных исследований, в ближайшие годы численность экономически занятых в возрасте 55 лет и старше, несомненно, возрастет [1,11,12]. Помимо роста абсолютной численности этой группы населения, свою роль сыграет и более поздний уход с рынка труда в связи с практически неизбежными изменениями в системе социально и пенсионного обеспечения (повышение возраста, начиная с которого предоставляется социальное обеспечение; все большая замена системы пособий системой накоплений за счет взносов и отчислений за период экономической активности). Данные выборочных исследований также свидетельствуют, что сейчас 50-летние намерены работать дольше, чем люди того же возраста в начале 1990-х годов [13].

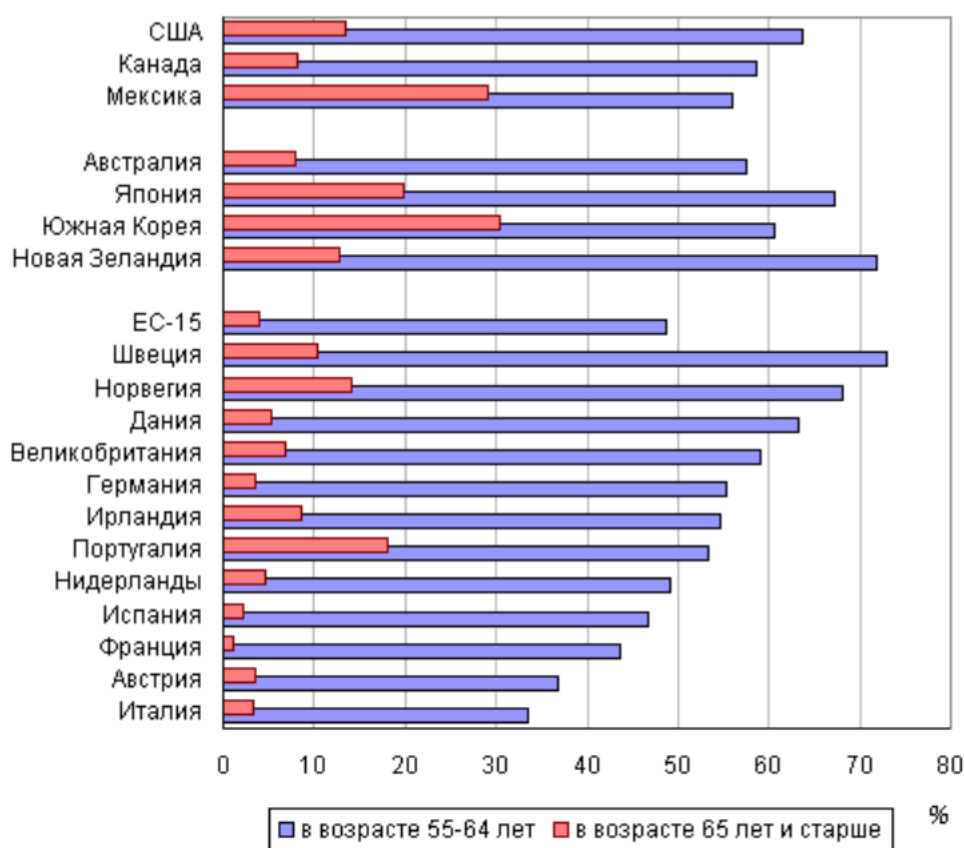


Рисунок 1 - Экономическая активность населения старших возрастных групп в некоторых странах мира, 2006 год, % [1]

Целью нашего исследования явился анализ трудовой занятости населения, достигшего пенсионного возраста, что в нашем случае означает удельный вес занятых трудом ЛСВ.

Материалы и методы

Социологическое исследование проведено среди 905 респондентов мужского и женского населения 60 лет и старше города Алматы.

Результаты

Среди них мужчин пенсионного возраста оказалось 79%, в том числе мужчины рабочих специальностей составили 10,6%, служащие – 4%, предприниматели – 3,1%, безработных выявлено в 2,7% случаев, военнослужащие составили 0,5%.

Аналогичный анализ среди женщин старшего возраста выявил женщин – пенсионеров в 91,4% случаев, служащих – 9,2%, домохозяйек (безработных) – 3,6%, рабочих – 2,1% и предпринимателей – 0,8% (рисунок№2)

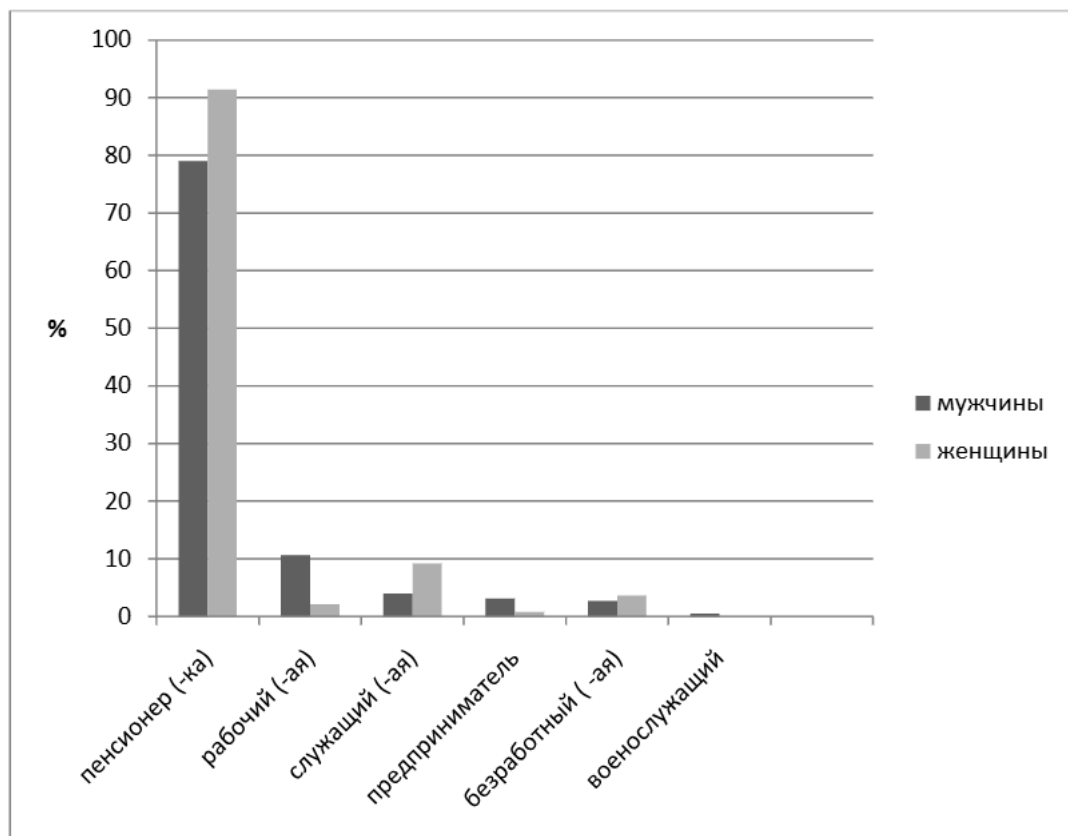


Рисунок 2 - Распределение ЛСВ по роду занятости

Актуальность и значимость следующего фрагмента исследования связаны с мотивацией трудовой деятельности ЛСВ. В частности, 21,4% мужчин заинтересованы в материальном обеспечении своих детей и внуков, в 19,4% это обусловлено нехваткой пенсии для нормального уровня жизни, 3,5% связывают это с психологической потребностью труда, 2,7% ощущают потребность общения в коллективе.

Для женщин ЛСВ характерны следующие позиции: нехватка пенсий для нормального уровня жизни – 16,4%, материальное обеспечение своих детей и внуков – 13,8%, потребность общения в коллективе – 4,3% и психологическая потребность в труде – 2,7%.

На наличие детей у ЛСВ указали преобладающее число (96%), на наличие внуков – 72% респондентов. В то же время, утвердительно на вопрос о материальной помощи от них, ответили среди мужчин 68,4% и 68,1% женщин.

Одним из важных и ценных фрагментов работы является материальный статус семьи ЛСВ. В частности, среди мужчин не испытывают материальных затруднений 29,2%, на достаток средств на питание, одежду и мелкую бытовую технику указывают 24,7%, на достаток средств только на питание – 23,2%, на трудности обеспечения только питанием – 14,6%, на достаток средств на более крупные покупки указывают в целом 8,3%.

Среди женщин, не испытывающих материальные затруднения, выявлено 27,7% респондентов, на достаток средств на питание, одежду и мелкую бытовую технику указывают 23,7%, на достаток средств только на питание – 22,8%, на трудности обеспечения только питанием – 19,2%, на достаток средств на более крупные покупки указывают в целом 6,5% женщин старшего возраста (рисунок№3)

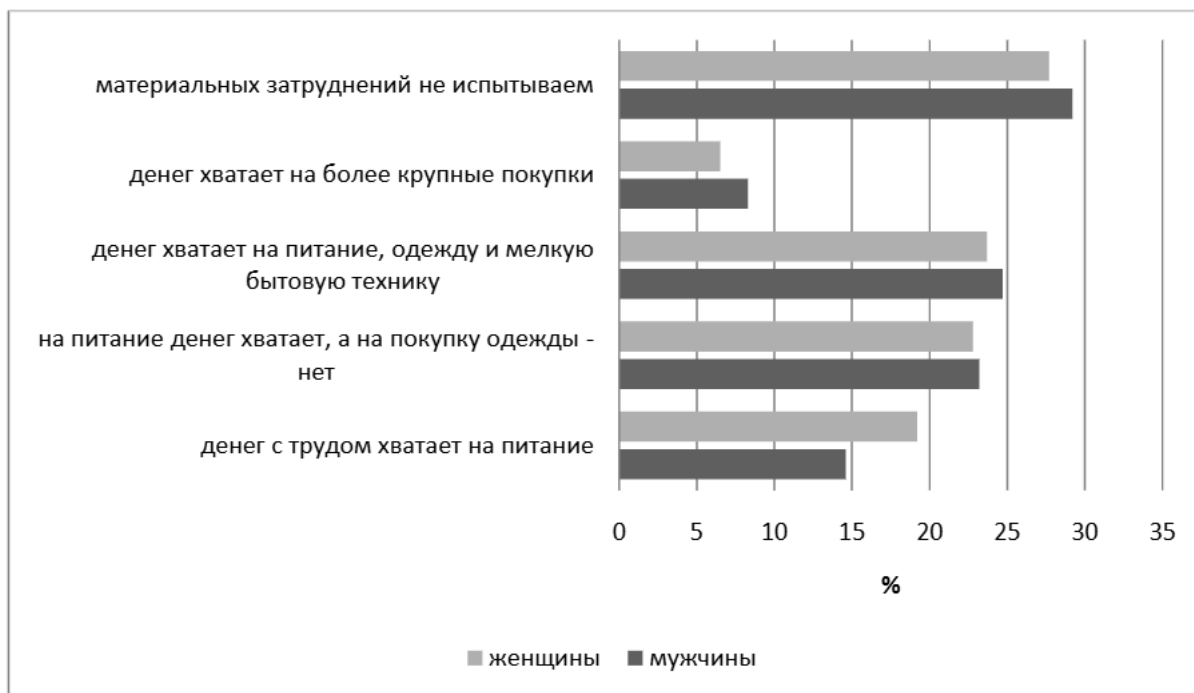


Рисунок 3 - Распределение ЛСВ с учетом материального статуса семьи

Следующим важным фрагментом исследования явилось изучение нуждаемости ЛСВ в социальной помощи. Для мужчин характерно отсутствие потребности в 70,2% случаев, потребность в бытовой помощи – 16%, в уходе на дому – 9,1%, потребность в больничном сестринском уходе – 2,5% и определении в дом-интернат – 0,4%.

Среди женщин не нуждаются в социальной помощи 72,6%, нуждаемость в бытовой помощи – 11,1%, в уходе на дому – 8,3%, в больничной сестринской помощи – 3,6% и 1% респондентов нуждаются в определении в дом-интернат (рисунок №4)

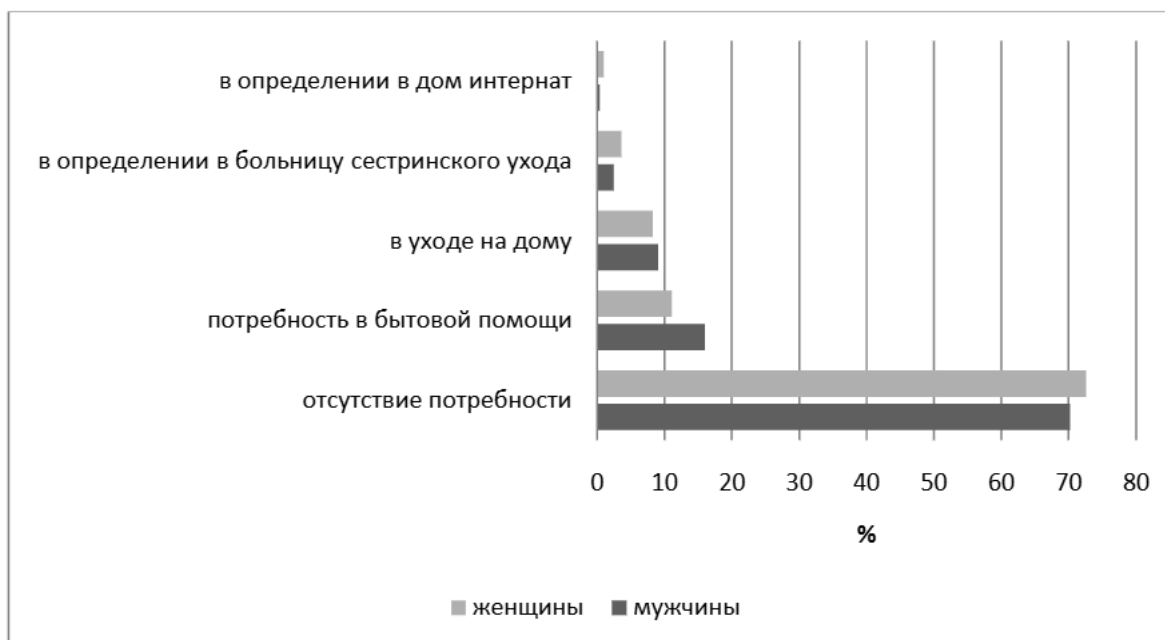


Рисунок 4 - Распределение ЛСВ по потребностям в социальной помощи

Анализируя варианты ответов ЛСВ о занятости трудом в настоящее время, мы установили для мужчин в 26,2% случаев положительный ответ, а для женщин – у 14,5% респондентов.

Таким образом, социологические исследования по экономическому блоку дают нам возможность

формирования соответствующего индикатора занятости, социального и пенсионного обеспечения ЛСВ в условиях мегаполиса (2011 год). В частности, среди мужчин 60 лет и старше этот показатель установлен нами на уровне 26,2%, тогда как среди женщин – 14,5%, что вполне

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Ageing. - 2007.
- 2 <http://www.un.org/esa/population/publications/WPA2007/wpp2007.htm>;
- 3 Population Reference Bureau. Older Workers and Retirement Issue 12, June 2008 Today's Research on Aging.
- 4 <http://www.prb.org/Home/TodaysResearch.aspx>
- 4 Доклад второй Всемирной ассамблеи по проблемам старения (A/CONF.197/9, издание Организации Объединенных Наций, в продаже под № R.02.IV.4).
- 5 Доклад Международной конференции по народонаселению и развитию, том 1: Программа действий Международной конференции по народонаселению и развитию, Каир, 5–13 сентября 1994 года (издание Организации Объединенных Наций, в продаже под № R.95.XIII.7).
- 6 Жаркова С.Л. Особенности трудовой деятельности лиц пожилого возраста // Трудовые отношения в рыночных условиях: социально-экономические проблемы: сб. науч. трудов / под ред. В.Ф. Потуданской. - Омск: Изд-во ОмГТУ, 2009.
- 7 Жаркова С.Л. Особенности использования труда пожилых работников в современных условиях // Наука. Технологии. Инновации: мат-лы Всерос. науч. конф. молодых ученых: в 6 ч. - Новосибирск: Изд-во НГТУ, 2004. - Ч. 5. - С. 37–39.
- 8 Blau D., Goodstein R. What Explains Trends in Labor Force Participation of Older Men in the United States? / IZA Discussion Paper N 2991. August 2007; Peracchi F., Welch F. Trends in Labor Force Transitions of Older Men and Women // Journal of Labor Economics. - 1994. - Vol. 12. - N 2. - P. 210 - 242.
- 9 Смирнова Т.В. Особенности интеграции в третьем возрасте // Вестник Саратовского Государственного аграрного университета. - 2004. - №2. - Выпуск 2.
- 10 Хайруллина Ю.Р. Ценности в сфере труда: особенности и факторы // Социологические исследования. - 2003. - №5. - 76 с.
- 11 Charness, N. Aging and skilled problem solving / Journal of Experimental Psychology. - 1991 (11).
- 12 Устинова Н.З. Повышение эффективности использования трудового потенциала пенсионеров // В сб.: Трудовой потенциал региона: Проблемы формирования и использования. - Свердловск: 1990. - С. 123–124.
- 13 Малева Т.М., Синявская О.В. Российские пенсионеры: трудовые биография, экономическая активность, пенсионные истории / Родители и дети, мужчины и женщины в семье и обществе / Под ред. Т.М. Малевой, О.В. Синявской. - М.: НИСП, 2007. - С. 545 – 597;
- 14 Абазиева К.Г. Работать или не работать после пенсии: гендерные аспекты выбора // TERRA ECONOMICUS (Экономический вестник Ростовского государственного университета). - 2009. - Т.7. - №1. - С. 67-74

**А.К. АБИКУЛОВА, А.А. АКАНОВ, К.А. ТУЛЕБАЕВ, Б.С. ТУРДАЛИЕВА,
С.Б. КАЛМАХАНОВ, Б.А. МУСАЕВА**

**АЛМАТЫ ҚАЛАСЫНЫҢ ЕГДЕ ЖАСТАҒЫ ТҰЛҒАЛАРДЫҢ ЭКОНОМИКАЛЫҚ БЕЛСЕНДІЛІГІНІҢ
ӘЛЕУМЕТТІЛІК САРАПШЫЛЫҒЫ**

Түйін: Мақалада Алматы қаласының тұрғындары арасында, егде жастағы тұлғалардың әлеуметтік сауалдама негізінде еңбекпен қамтудың экономикалық деңгейі қарастырылған.

Түйінді сөздер: экономикалық белсенділік, егде жастағы тұлғалар, әлеулеуметтік және зейнет ақылық көмекпен қамтамасыз ету.

**A.K. ABIKULOVA, A.A. AKANOV, K.A. TULEBAYEV, B.S. TURDALIYEVA,
S.B. KALMAKHANOV, MUSAEVA B.A.**

SOCIOLOGICAL EVALUATION OF ECONOMIC ACTIVITIES OF OLDER PERSONS IN ALMATY CITY

Resume: sociological evaluation of economic activities of older persons in Almaty City.

Keywords: economic activities, older persons, social and pension provision.

The Article considers an economically occupied aged population level on the basis of an opinion poll held among the population of Almaty.

УДК 614.1:312.2 (574)

А.А. АКАНОВ, К.А. ТУЛЕБАЕВ, С.Н. ТРЕТЬЯКОВА, С.Б. КАЛМАХАНОВ, Б.М. ЖАНТУРИЕВ,
Г.С. БАЙСУНОВА, А.М. РАУШАНОВА, А.Т. ДЖУЛАНОВА

Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

УСПЕХИ В ДОСТИЖЕНИИ УВЕЛИЧЕНИЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ КАЗАХСТАНА

Настоящая статья посвящена увеличению продолжительности жизни населения в республике. В 2010 году по сравнению с 2000 годом ожидаемая продолжительность предстоящей жизни при рождении увеличилась у мужчин на 3,4 года, у женщин – на 2,2 года. Эти успехи достигнуты в результате совершенствования научных, образовательных программ и технологий для устойчивого экономического роста и улучшения благосостояния населения.

Ключевые слова: состояние здоровья населения, причины смертности, интервальная ожидаемая продолжительность жизни мужчин и женщин Казахстана

Во всем мире пришли к признанию решающей роли народонаселения в судьбе любой страны. Количественный и качественный потенциал его воспроизводства (демографический потенциал) является условием, основой и целью развития любого общества и государства. Сегодня демографический потенциал воспринимается как ресурсная категория, включающая в себя, источники, средства, ресурсы, которые могут быть использованы для решения какой-либо задачи, достижения определенной цели, возможности общества, государства в конкретной области. Поэтому Президент Республики Казахстан Н.А. Назарбаев в октябре 1997 года в своем послании народу страны «Казахстан-2030» поставил задачу: «В ранг ведущих приоритетов национальной безопасности должна быть выдвинута сильная демографическая и миграционная политика».

В результате этой политики с 2000 года в республике наблюдается устойчивый рост показателей рождаемости, естественного прироста населения, продолжительности жизни [1, 2]. Ведущей составляющей нового этапа развития Казахстана является высокое качество и передовые социальные стандарты жизни всех слоев населения. Учитывая, что социальные стандарты являются фундаментом социальной политики государства, система социальных выплат должна строиться на основе ключевых индикаторов: прожиточного минимума, минимальной заработной платы и пенсии, необходимого уровня медицинской помощи, семейных выплат, жилищно-коммунальной обеспеченности (таблица 1).

Статистические данные объективно свидетельствуют об устойчивой тенденции экономического роста и демографического потенциала в Казахстане. За последнее десятилетие наблюдается положительная динамика в развитии многих отраслей реального сектора экономики, активизация инвестиционной и внешнеэкономической деятельности, расширение контактов в сфере науки, культуры, улучшение жизненного уровня населения.

Наиболее важным результативным показателем, одновременно характеризующим и здоровье и общий уровень жизни населения, является ожидаемая продолжительность предстоящей жизни. Статистический смысл показателя ожидаемой продолжительности жизни заключается в том, что одним числом для любого возраста он характеризует различную интенсивность смертности во всех прочих возрастах, включительно до того момента, пока не вымрут все представители данного поколения родившихся.

В республике, как и во всем мире, имеются выраженные возрастные особенности уровней смертности населения, которые позволяют оценить состояние санитарного благополучия населения, специфику патологии изучаемого нами контингента населения старше 45 лет. Поэтому на современном этапе особую актуальность приобретают исследования показателей общественного здоровья, прежде всего, смертности и ожидаемой продолжительности предстоящей жизни [3].

Таблица 1 – Основные индикаторы уровня жизни населения Казахстана в 2000, 2010 годы

№	Показатели	2000 год	2010 год
1	Численность населения (на конец года), млн. человек	14,9	16,4
2	Общий показатель рождаемости на 1000 человек населения	14,6	22,53
3	Общая смертность на 1000 человек населения	10,0	8,94
4	Естественный прирост на 1000 человек населения	4,6	13,59
5	Младенческая смертность на 1000 родившихся	19,2	16,54
6	Ожидаемая продолжительность предстоящей жизни (ОППЖ) при рождении (годы), в том числе:	65,5	68,4
7	мужчины	60,15	63,51
8	женщины	71,13	73,3
9	Превышение ОППЖ женщин над ОППЖ мужчин, годы	10,98	9,81
10	Смертность от несчастных случаев, отравлений и травм на 100000 населения	142,9	102,6
11	Смертность от болезней системы кровообращения (на 100000 населения)	501,5	404,0
12			
13	Доля населения с доходами ниже величины прожиточного	34,5	6,5

	минимума, в %		
14	Соотношение доходов 10% наиболее и 10% наименее обеспеченного населения, раз	8,3	5,7
15	Доля населения с доходами ниже стоимости продовольственной корзины, в %	11,7	0,4
16	Величина прожиточного минимума (в среднем на душу населения)	4945	13487
17	Среднемесячная номинальная заработная плата, тенге	14374	77611
18	Средний размер назначенной месячной пенсии (на конец года), тенге	4298	21238

Наилучшими современными методами изучения смертности населения является построение таблиц смертности, ценность которых заключается в том, что они отражают один из важнейших показателей здоровья населения – величину ожидаемой продолжительности жизни. Этот показатель является наиболее концентрированным выражением уровня здоровья населения.

В соответствии с порядком вымирания, зафиксированным в таблицах смертности населения Казахстана в 2010 году, ОППЖ мужчин Казахстана достигла в городах 63,66 лет, а в селах – 64,93. Соответствующие показатели для женщин равнялись 74,90 и 73,44 года. Значительные различия в ОППЖ мужчин и женщин установлены в городских поселениях (11,24 года).

Состояние здоровья населения Казахстана за последние десятилетие улучшилось, на что указывает увеличение

ожидаемой продолжительности жизни с 2000 года по настоящее время. Однако наблюдаются еще значительные неравенства в продолжительности жизни, обусловленные гендерными, социальными и экономическими факторами.

В обобщенном виде эти возрастные различия в уровнях смертности могут быть отражены через показатель отсроченной (интервальной) продолжительности предстоящей жизни. В нашем исследовании важное практическое значение имеет ожидаемая продолжительность предстоящей жизни в трудоспособном возрасте 45 лет и старше (изучаемая когорта исследования 45 лет и старше). В таблице 2 представлены результаты расчета ожидаемой продолжительности предстоящей жизни населения в целом по Казахстану с 2000 года по 2010 год.

Таблица 2 – Динамика интервальной ожидаемой продолжительности жизни населения в Республике Казахстан

Возрастные группы	Оба пола			Мужчины			Женщины		
	2000	2005	2010	2000	2005	2010	2000	2005	2010
45-49 лет Ср.возр.: 47	24,89	25,18	26,69	21,19	21,30	23,09	28,35	29,28	29,91
50-54 года Ср.возр.: 52	21,21	21,54	22,79	17,90	18,07	19,51	24,16	25,12	25,59
55-59 лет Ср.возр.: 57	17,79	18,16	19,15	14,92	15,14	16,26	20,20	21,19	21,47
60-64 года Ср.возр.: 62	14,63	15,04	15,80	12,24	12,50	13,35	16,46	17,55	17,61
65-69 лет Ср.возр.: 67	11,84	12,21	12,69	9,93	10,24	10,73	13,08	14,24	13,99
70-74 года Ср.возр.: 72	9,36	9,71	9,88	7,94	8,29	8,44	10,09	11,30	10,70
75-79 лет Ср.возр.: 77	7,18	7,52	7,49	6,21	6,59	6,55	7,56	8,75	7,91
80-84 года Ср.возр.: 82	5,33	5,67	5,57	4,66	5,04	5,04	5,54	6,62	5,69
85-89 лет Ср.возр.: 87	3,92	4,16	4,09	3,46	3,69	3,83	4,04	4,89	4,06
90-94 года Ср.возр.: 92		2,99	2,97		2,83	2,87		3,53	2,91
95-99 лет Ср.возр.: 97			2,17			2,16			2,11

увеличение ожидаемой продолжительности жизни связано со снижением уровней смертности от основных пяти классов болезней: системы кровообращения,

новообразований, внешних причин заболеваемости и смертности, болезней органов дыхания, инфекционных и паразитарных болезней (таблица 3).

Таблица 3 - Вклад основных причин в общую смертность населения в 2000 – 2010 гг. (на 100 тыс. населения)

Причины смертности	2000	2002	2004	2005	2006	2008	2009	2010
Болезни системы кровообращения	501,5	508,9	518,6	535,5	533,1	489,7	412,0	404,0
Новообразования	130,3	128,1	123,2	122,6	118,6	115,9	111,6	109,9
Внешние причины заболеваемости и смертности	142,9	140,9	147,4	147,9	150,3	125,6	107,2	108,7
Болезни органов дыхания	71,3	66,1	58,3	58,7	53,9	49,5	48,0	43,5
Болезни органов пищеварения	38,0	42,4	48,0	49,4	49,8	48,0	44,7	47,8
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	34,3	31,3	26,5	28,3	25,5	22,2	18,0	15,7
Всего	1006,3	1005,3	1014,1	1037,3	1027,0	974,3	887,2	893,7

В тоже время наблюдается тенденцию к росту смертности от болезней органов пищеварения. Снижение смертности детей до одного года является основным резервом, который повлиял на повышение ОПЖ при рождении.

Многие исследователи находят четкие связи между ожидаемой продолжительностью жизни и динамикой социально-экономического развития [4, 5]. Например, увеличение показателей смертности в 1991–1995 гг. и в 1998–2003 гг. происходило на фоне критической социально-экономической ситуации в эти периоды, а относительное снижение смертности в 1994–1998 гг. и в 2003–2006 гг. было связано с относительным улучшением экономической ситуации.

Это говорит о том, что принятые национальные стратегии принесли свои плоды. Данные научных исследований из большого числа других стран показывают, что политика, воздействующая на социально-экономические условия, в которых люди живут и работают, обычно оказывает больше влияния, чем стратегии, относящиеся только к здравоохранению. Между группами европейских стран имеются значительные различия. В Содружестве независимых государств (СНГ), в том числе в странах Центральной Азии и Казахстане (ЦАРК), в целом регистрируются более высокие уровни смертности и заболеваемости, что связано с демографическими, социальными и экономическими преобразованиями (Доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2009 г. Здоровье и системы здравоохранения).

Различия в ожидаемой продолжительности жизни мужчин и женщин значительно варьируют от 7,8 лет в Южно-Казахстанской области до 11,3 лет в Северо-Казахстанской области. Мужчины Южно-Казахстанской, Мангистауской, Алматинской, Актюбинской, Кызылординской областей и женщины Актюбинской, Мангистауской, Западно-Казахстанской, Атырауской областей проживают относительно большую часть своей жизни в хорошем состоянии здоровья, чем их

современники в Северо-Казахстанской, Акмолинской, Карагандинской, Восточно-Казахстанской областях.

Очевидно, что женщины живут дольше, чем мужчины, средняя разница в ожидаемой продолжительности жизни составляет сейчас 10 лет. Поэтому к концу жизни женщины аккумулируют больше болезней, чем мужчины, в результате большей продолжительности жизни. В целом, ожидаемая продолжительность предстоящей жизни примерно на 20% ниже в странах СНГ (медианные значения: 58,0 и 61,5 лет для мужчин и женщин соответственно), чем в странах ЕС-15.

Рост продолжительности жизни при постоянном или снижающемся уровне фертильности закономерно приводит к увеличению доли населения старше 65 лет. По мере старения людей растут их потребности в услугах здравоохранения, поэтому нередко прогнозируется соответствующий рост использования услуг и, следовательно, расходов на здравоохранение. Прогнозы продолжительности жизни, однако, иногда представляются завышенными. Основное в прогнозе демографических событий – это увидеть тенденции их развития в будущем. По прогнозам, приведенным в отчете о человеческом развитии, к 2026-2030 годам продолжительность жизни увеличится и составит среди мужчин 72,59 лет, а среди женщин 78,61 год в Республике Казахстан. Принципиального отличия от других прогнозов, показывающих тенденцию увеличения ОПЖ, наш прогноз не имеет. Наша оценка будущих событий базировалась на основании динамики смертности населения за последние 30 лет в республике, поскольку темпы роста смертности контингента 45 лет и старше не уменьшились в разы, мы рассчитали, что уровень ОПЖ среди мужского населения достигнет 65,76 г., а среди женского населения - 75,02 к 2020 году (рисунок 1). Таким образом, специфика динамики волнообразного характера ОПЖ с подъемами и спадами значений в Казахстане значительно отличается от линейно растущей ОПЖ в странах Запада.

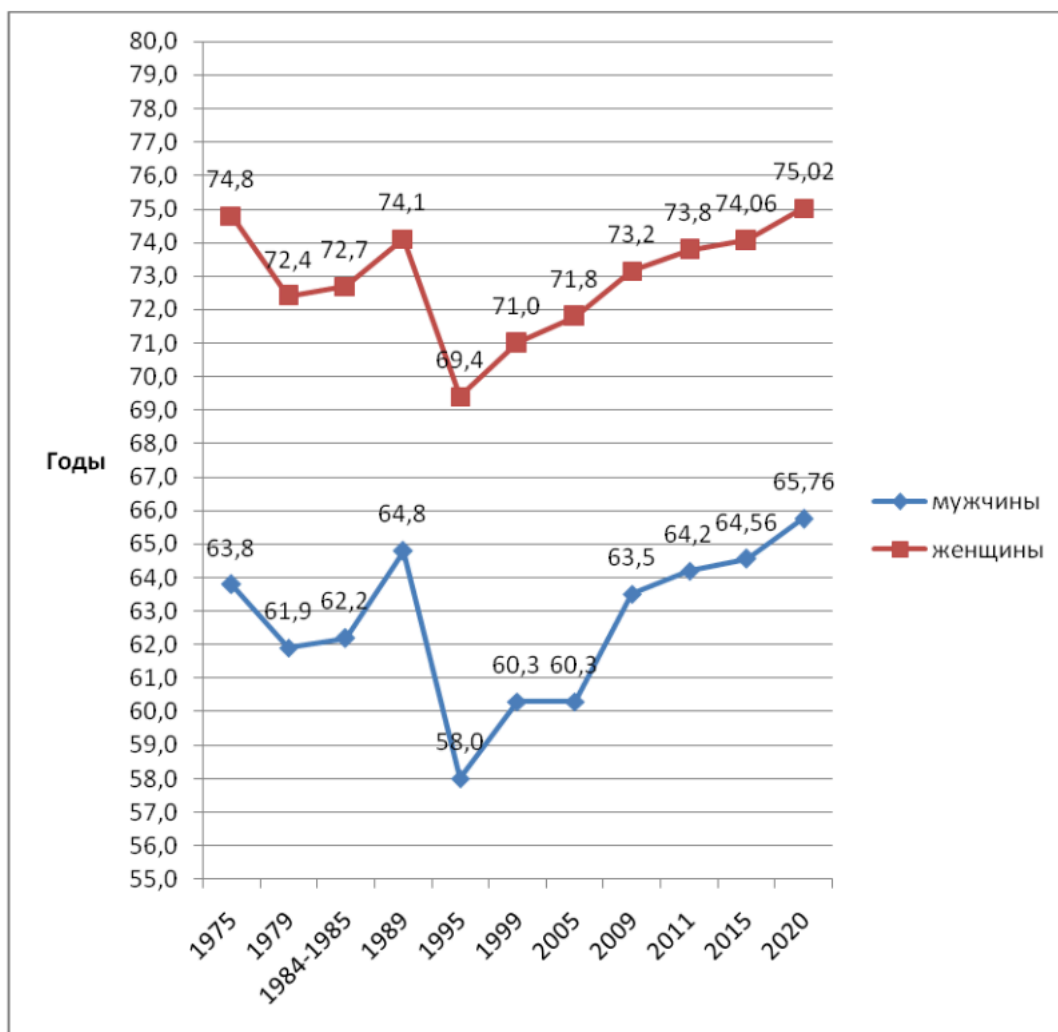


Рисунок 1 – Динамика и прогноз ожидаемой продолжительности жизни при рождении в Республике Казахстан (число лет)

Проблемы, с которыми столкнутся системы здравоохранения в будущем, часто обсуждаются в связи с постоянным ростом продолжительности жизни, следствием которого является старение населения. Несмотря на то, что общая ситуация со здоровьем населения в Казахстане в последние десятилетия продолжала улучшаться, наблюдаются значительные демографические, эпидемиологические и связанные с предоставлением медицинской помощи населению, в том числе и пожилым контингентам, изменения, которые будут определять нарушения здоровья и проблемы, с которыми столкнется система здравоохранения в республике.

Хотя затраты на здравоохранение для пожилых людей гораздо выше в расчете на одного человека в данный момент времени, оказалось, что значение старения населения как детерминанты ежегодного роста расходов

на здравоохранение относительно невелико. Эти расходы приходятся в основном на период, предшествующий смерти, поскольку в старости расходы на здоровье больше, чем в молодости из-за хронических болезней. Это необходимо учитывать для того, чтобы оценить взаимосвязь между возрастом и расходами.

При планировании будущих расходов на здравоохранение старение населения оценивается как незначительный источник повышения затрат, но оно является намного более важным фактором повышения затрат на долгосрочную помощь. Тем не менее, разработчики политики должны подумать о том, как со временем будет изменяться характер использования услуг здравоохранения и особенно, как способствовать здоровому старению и обеспечить надлежащее применение технологий, опираясь на соотношении цены и качества.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Уровень жизни населения Казахстана. Статистический сборник на казахском и русском языках. – Астана: 2011. – 242 с.
- 2 Демографический ежегодник Казахстана. Статистический сборник на казахском и русском языках. – Астана: 2012. – 608 с.
- 3 Аналитическое исследование общей смертности населения в Казахстане. – Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни. Фонд ООН в области народонаселения. – Алматы: 2006. – 96 с.
- 4 Горяинова И.Л. Медико-социальные проблемы младенческой смертности, пути её снижения и профилактики: автореф. дис. канд. мед. наук : 14.02.03 / КГМУ. - М.: 2010.
- 5 Абишева М. Человеческий капитал в Республике Казахстан // Человеческий капитал России и стран Центральной Азии: состояние и прогнозы. Сборник докладов. - М.: Наследие Евразии, 2009. - С. 47-112.

**А.А.АҚАНОВ, Қ.А.ТӨЛЕБАЕВ, С.Н.ТРЕТЬЯКОВА, С.Б.ҚАЛМАХАНОВ, Б.М.ЖАНТӨРЕЕВ, Г.С.БАЙСУНОВА,
А.М.РАУШАНОВА, А.Т.ЖОЛАНОВА**

**ҚАЗАҚСТАН ТҰРҒЫНДАРЫНЫҢ ӨМІР СҮРУ ҰЗАҚТЫЛЫҒЫН
ҰЛҒАЙТУҒА ҚОЛ ЖЕТКІЗУДЕГІ ЖЕТІСТІКТЕР**

Түйін: Бұл мақала, республикамызда тұрғындардың өмір сүру ұзақтылығын ұлғайтуға арналған. 2010 жылы 2000 жылмен салыстырғанда ерлердің күтілетін алдағы өмір сүру ұзақтылығы 3,4 жасқа, әйелдерде – 2,2 жасқа ұлғайды. Бұл жетістіктерге халықтың дәулеттілігінің жақсаруы және тұрақты экономикалық өсу үшін ғылыми, білім беру бағдарламаларын жетілдіру нәтижесінде қол жеткізілді.

Түйінді сөздер: тұрғындар денсаулығының ахуалы, өлімшілдік себептері, Қазақтан ерлері мен әйелдерінің интервалды күтілетін өмір сүру ұзақтылығы

**A.A. AKANOV, K.A. TULEBAYEV, S.N. TRETYAKOVA, S.B. KALMAHANOV, B.M. ZHANTURIEV,
G.S. BAYSUNOVA, A.M. RAUSHANOVA, A.T. DZHULANOVA**

SUCCESS IN ACHIEVING INCREASED LIFE EXPECTANCY OF THE POPULATION OF KAZAKHSTAN

Resume: This article is dedicated to increasing life expectancy in the country. In 2010 compared to 2000 life expectancy at birth has increased in men by 3.4 years for women - by 2.2 years. These successes have been achieved by improving the scientific, educational programs and technology for sustainable economic growth and improved living standards.

Keywords: State public health, causes of death, interval, life expectancy for men and women in Kazakhstan

ОСОБЕННОСТИ ВЫБОРА ПРОФЕССИИ ВРАЧА СРЕДИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ

Центральной проблемой для старшеклассников является выбор будущей профессии и других жизненных целей. При этом молодые люди могут ошибаться в силу собственной незрелости, поэтому необходимо проведение профессиональной ориентации среди школьников, для успешного выбора будущей профессии, в частности профессии врача.

Ключевые слова: медицинский университет, медицинские студенты, , выбор профессии, профессия врача.

Актуальной проблемой для здравоохранения Республики Казахстан остается кадровый вопрос. Количество поступающих абитуриентов в высшую медицинскую школу за изучаемый период (2007-2012 г.г.) выросло в 1,6 раз по сравнению с 2007 г. [1]. Пока неизвестно, как это скажется на имеющемся дефиците кадров здравоохранения, но уже сегодня отмечается проблемы «старения кадров», доля молодых специалистов не превышает пяти процентного уровня. Среди причин ухода молодых врачей из системы здравоохранения является низкая привлекательность профессии, отсутствие мотивационных механизмов [2]. Основными причинами выбора профессии врача выделены престижность профессии [3-7], продолжение семейных династий [8]. Сулейманов М.Х. с авторским коллективом [9], разработал иерархию внутренних и внешних факторов, влияющих на формирование жизненной программы и выбор профессии. В градации факторов, влияющих на выбор профессии, на первом месте влияние родителей-интеллигентов, затем последовательно влияние друзей, прессы и телевидения, на последнем месте влияние школьных шефов. Целью нашего исследования было изучение мотивации получения медицинского образования и причин выбора профессии врача среди студентов медицинских вузов г. Алматы.

Методы:

Данное исследование проводилось в двух медицинских вузах г. Алматы – Казахского Национального Медицинского университета имени С.Д. Асфендиярова (КазНМУ) и Казахстанско – Российского Медицинского университета (КРМУ). В 2011 – 2012 учебном году в медицинских вузах обучалось 10 000 студентов, из них 9035 и 1348 студентов КазНМУ и КРМУ соответственно. Рандомизировано были выбраны группы для социологического опроса. Техника выборки – систематическая выборка (systematic sampling). Выборка включает студентов всех курсов обучения казахского и русского отделений. Первый элемент отбирался случайно, затем, с шагом 'n' отбирается каждый 'k'-ый элемент. Размер генеральной совокупности, при этом – $N=n*k$. При расчете выборки для КазНМУ $n = 5$, а для

КРМУ $n = 2$, т.к. количество студентов Национального университета превышает количество студентов КРМУ в 5 раз. Размер выборки составил 2 401 человек, который позволил обеспечить достаточно приемлемый уровень статистической погрешности в 5% ($p < 0,05$).

В выборку вошли студенты 1,2,3,4,5,6 курсов обучения, а также врачи интерны следующих факультетов: общей медицины, медико-профилактического дела, стоматологии, лечебного и педиатрического факультета. Нами были исключены студенты факультетов нестринского дела, факультета общественного здоровья, восточной медицины, в виду отсутствия данных факультетов в КРМУ для сравнительного анализа. По этой же причине были исключены студенты факультета медико-профилактического дела 3 курса, 4 курса, 5 курса и 6 курса обучения.

Для проведения социологического опроса была разработана анкета, содержащая 51 вопрос, отражающих социально-демографические характеристики респондентов, мотивацию получения медицинского образования и намерения студентов относительно их профессионального будущего. С учетом рассчитанной выборки было отпечатано и роздано 2 500 анкет, из которых в обработку были приняты 2 388 анкет (38 анкет утеряны и 74 заполнены не полностью), при этом социологический охват составил 95%.

Анализ данных проводился с использованием пакета для статистической обработки SPSS v.15.

Результаты:

Всего приняли участие 2 113 студент и 275 врачей интернов обоих университетов. При расчете z – критерия, были получены достоверные различия между двумя вузами практически по всем социально - демографическим характеристикам, за исключением пола, наличия опыта работы в медицинских организациях и другие (таблица 1).

Основная доля студентов поступила в медицинский университет после окончания средних учебных заведений с первой попытки, а 5,6% опрошенных поступили после медицинского колледжа и примерно такое же количество поступили со второй и третьей попытки.

Таблица 1 - Социально – демографическая характеристика студентов медицинских университетов.

№	Социально-демографические характеристики	КазНМУ	КРМУ	p
		Number (%±сх)	Number (%±сх)	
1	Пол: Мужской	372 (24,3 ±1,1)	237 (27, 4± 1,5)	p > 0.05

	Женский	1154 (75,6± 1,1)	625 (72,5± 1,5)	p > 0.05
2	Возраст 16-17 лет	127 (8,3± 0,7)	41 (4,7± 0,7)	p< 0.001
	18-19 лет	379 (24,8± 1,1)	359 (41,6± 1,7)	p< 0.001
	20-21 лет	442 (28,9± 1,2)	102 (11,8± 1,1)	p< 0.001
	22-23 лет	377 (24,7± 1,1)	166 (19,2 ±1,3)	p< 0.01
	24 и старше	201 (13,1± 0,9)	194 (22,5± 1,4)	p< 0.001
3	Факультет обучения Общая медицина	1048 (68,7± 1,2)	430 (49,9 ±1,7)	p< 0.001
	Медико-профилактическое дело	31 (2,0 ±0,4)	20 (2,3 ±0,5)	p > 0.05
	Стоматология	141 (9,2± 0,7)	174 (20,2± 1,4)	p< 0.001
	Лечебный	221 (14,5± 0,9)	190 (22,0± 1,4)	p< 0.001
	Педиатрический	85 (5,6± 0,6)	48 (5,6± 0,8)	p > 0.05
4	Форма обучения Грант	1225 (80,2 ±1,1)	474 (54,9 ±1,7)	p< 0.001
	Платное	301 (19,7 ±1,1)	388 (45,0± 1,7)	p< 0.001
5	Семейное положение В браке	184 (12,0 ±0,8)	147 (17,0± 1,3)	p< 0.01
	Холост (ая)	1342 (87,9± 0,8)	715 (82,9± 1,3)	p< 0.01
6	Место проживания до поступления в медвуз			
	Город	782 (51,2 ±1,3)	507 (58,8± 1,7)	p< 0.001
	Село	744 (48,7 ±1,3)	355 (41,1± 1,7)	p< 0.001
7	Поступили после: Школы	1398 (91,6 ±0,7)	710 (82,3± 1,3)	p< 0.001
	Медицинского колледжа	88 (5,8 ±0,6)	136 (15,8 ±1,2)	p< 0.001
	Другого вуза	40 (2,6 ±0,4)	16 (1,9 ±0,5)	P > 0.05
8	Поступили с первой попытки «Да»	1422 (93,1± 0,6)	793 (91,9 ±0,9)	p > 0.05
	«нет»	104 (6,8 ±0,6)	69 (8,1 ±0,9)	p > 0.05
9	Имеют опыт работы в медицинских организациях «Да»	389 (25,5 ±1,1)	192 (22,3 ±1,4)	p> 0.05
	«Нет»	1137 (74,5 ±1,1)	670 (77,7± 1,4)	p > 0.05
10	Владеют медицинскими навыками «Да»	1275 (83,6 ±0,9)	694 (80,5 ±1,3)	p< 0.05
	«Нет»	251 (16,4 ±0,9)	168 (19,5 ±1,3)	p< 0.05

При исследовании причин выбора профессии врача (рисунок 1.) выяснил и, что в том и другом вузе, основная доля студентов, следуя своей мечте детства, выбрала медицинский вуз $56 \pm 1,3$ (КазНМУ) и $52 \pm 1,7$ (КРМУ), т.е.

это ребята, которые сделали осознанный и обдуманый выбор. Не самостоятельный выбор профессии сделали те, кто последовал примеру своих друзей, по совету взрослых, и те, кто не знают, почему поступили в

медицинский вуз, их оказалось пятнадцать процентов от

общего количества опрошенных.

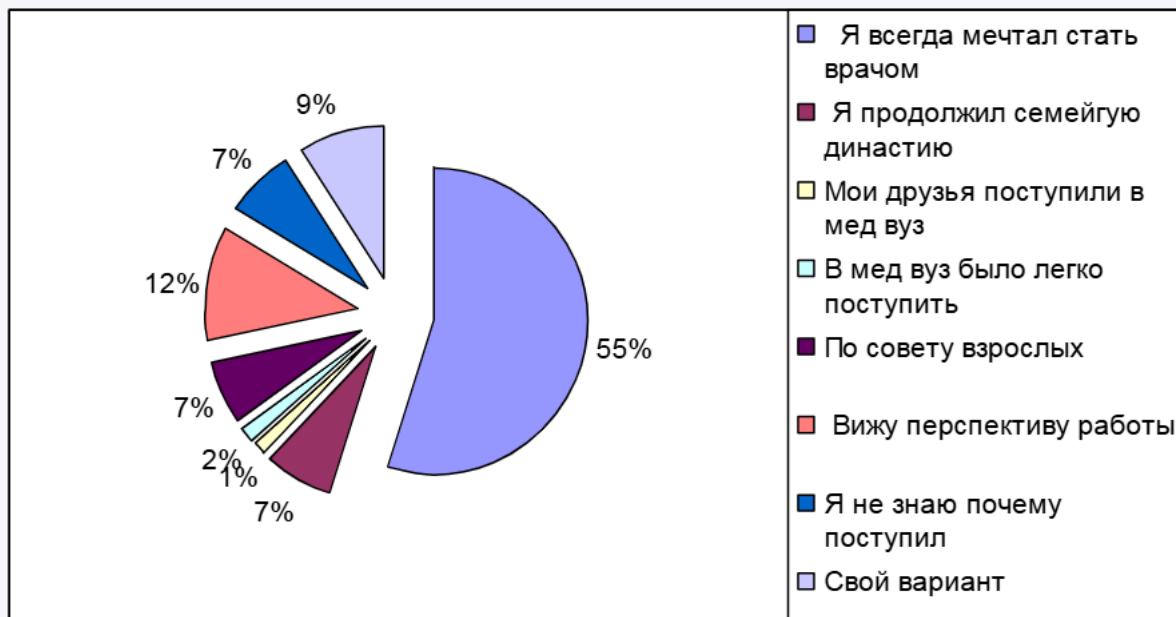


Рисунок 1 - Причины выбора профессии врача среди студентов медицинских вузов.

Обсуждение:

Согласно литературным данным, одним из мотивирующих факторов в получения медицинского образования относится престижность профессии врача, которую отметили 56 % респондентов в нашем исследовании. Высокую престижность профессии врача определили в своих исследованиях Н.Н. Ланина [3] И.И. Косарева, Ю.П. Лисицына [4] В.Н. Шубкина и Т.А. Бабушкина [5].

В то же время собрано немало фактов, свидетельствующих о важной роли наследственности в формировании профессионала. Согласно проведенному исследованию [6], представителями больших семейных династий являются 17% студентов медицинского вуза, где профессия передается уже во втором, третьем и четвертом поколении; 22 % студентов стали

преемниками семейных трудовых традиций, и только 28% избрали профессию под влиянием семей, в которых никто не работает в медицине и 33% студентов избрали профессию под влиянием других факторов.

Таким образом, среди причин выбора профессии врача основную долю занимает желание быть врачом с детства, второе место принадлежит востребованности профессии, третье место разделили такие причин как – продолжили семейные династии, поступили по совету взрослых и не знают, почему поступили. Вероятнее всего 7% респондентов, которые не знают, почему выбрали медицинский вуз это кандидаты на уход из системы здравоохранения. В связи с этим, считаем необходимым проведение в школьные годы профессиональной ориентации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Министерство Образования и Науки Республики Казахстан. Национальный Центр тестирования РК. www.info@ncgsot.kz
- 2 «Государственная Программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы».
- 3 Ланин Н.Н. Призвание как категория социальной философии. - Алматы, Казахстан: 1994. –176 с.
- 4 Косарев И.И., Лисицын Ю.П. Формирование врача: Учебно-методическое пособие для студентов 1 ММИ. - М.: 1975. – 89 с.
- 5 Шубкин Р.Н., Бабушкин Т.А. Оценка профессии: общее и специфическое. Выбор профессии, мотивы и их реализация. - М.: Знание, 1986. – 61 с.
- 6 Marsh R.M. The Explanation of Occupational Prestige Hierarchies // Social Forces. - 1985. - Vol. 50 - № 2. - P. 214-222.
- 7 Норе К.А. Liberal Theory of Prestige? // American Journal of Sociology. - 1982. Vol. 87.- P. 1011-1030.
- 8 Колосова Л.А. Профессиональная ориентация школьников и трудовые семейные династии, Воронеж: Изд-во Воронежского университета. – 1992. - С.88-89.
- 9 Сулейманов М.Н., Дуке К., Роннеберг Х., Штольберг Р., Славов С. Человек и мир профессий. - Свердлов., изд -во Урал ун. - 1990. – 190 с.

Түйін: Жоғары сынып оқушыларының орталық мәселесі болашақ мамандықты және де басқа өмірлік құндылықтарды таңдау болып табылады. Сонымен бірге, жеткіншектер өздерінің жастығына қарай мамандық таңдауда қателесуі мүмкін, сондықтан да мектеп оқушылары арасында болашақ мамандығын, оның ішінде дәрігер мамандығын таңдау үшін кәсіби бағдарды жүргізу қажет.

Түйінді сөздер: медициналық университет, медицина студенттері, мамандықты таңдау, дәрігер мамандығы.

Resume: The central problem for high school students is the choice of future profession and other life goals. At the same time, young people can make mistakes because of their own immaturity, so you must hold professional orientation of students for a successful future career choice, particularly the medical profession.

Keywords: Medical university, medical students, the choice of a profession, the medical profession.

ХАРАКТЕР ТРУДНОСТЕЙ, ИСПЫТЫВАЕМЫХ СТУДЕНТАМИ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ

Наиболее активные процессы адаптации к новым условиям студенческой жизни в медицинском вузе происходят на начальных курсах, а также к завершению обучения в медицинском вузе студенты испытывают трудности, и нуждаются в психологической помощи. Из предложенных вариантов общения с психологом, наиболее популярным оказался «клуб общения».

Ключевые слова: медицинский вуз, стресс, адаптация студентов.

Начало обучения в высшем учебном заведении у большинства абитуриентов является периодом формирования адапционно-компенсаторных механизмов функциональных систем к новым условиям. От того, как быстро и через какие механизмы сформируется процесс адаптации впервые месяцы обучения в вузе, зависит не только эффективность его обучения, но и состояние здоровья студента, а значит и его профессиональное будущее [1,2,3]. После вступительных испытаний первокурсники медицинских вузов сталкиваются с новой структурой и условиями учебной деятельности. По сравнению со школой, повышаются педагогические требования, увеличивается объем учебной работы, появляются специальные предметы и для многих из них появляется новая система обучения (лекции, семинарские занятия), возникает необходимость самостоятельно планировать учебное и свободное время, и другое. Это безусловно оказывает влияние на нервную систему молодых людей. Таким образом, стресс - это неотъемлемая часть повседневной жизни каждого студента. Реакция на стресс, как и начало трудового дня, режим питания, двигательная активность, качество отдыха и сна, взаимоотношения с окружающими, являются составными частями образа жизни. От самого студента зависит, каким будет его образ жизни - здоровым, активным или же нездоровым, пассивным, а, следовательно, как часто и продолжительно он будет находиться в стрессовом состоянии.

Студенту необходимо преодолеть переходные трудности, освоить новые роли и модифицировать старые, в результате чего они также могут испытывать стресс. Данной проблемой занимались следующие психологи: Ганс Селье, Л.А. Китаев-Смык, Ю.В. Щербатых, Д. Майерс и другие [4-8].

Вопросы адаптации студентов к образовательному процессу в вузах изучались многими авторами [9,10]. Процесс адаптации студентов отражает сложный и длительный процесс обучения и предъявляет высокие требования к пластичности психики и физиологии молодых людей. Наиболее активные процессы адаптации к новым условиям студенческой жизни происходят на первых курсах. При этом адаптация студентов, проживающих в отрыве от родителей (в общежитии, арендуемой квартире) протекает тяжелее и часто приводит к возникновению разнообразных соматических и психоневрологических патологических состояний.

Согласно исследованию, проведенному в Washington University School of Medicine in St. Louis, студенты, которым было 24 лет и старше, при поступлении в медицинскую школу чаще, чем студенты более юного возраста испытывают трудности. Исследователи полагают, что у этих студентов, возможно, были дополнительные семейные обязанности на момент поступления в медицинскую школу или была необходимость работать, чтобы обеспечить финансирование, и другие проблемы [11].

В нашем исследовании, мы изучали мнение студентов медицинских вузов относительно их впечатлений от учебного процесса, о характере трудностей в адаптации, а также необходимости психологического сопровождения в процессе обучения.

Методы: Объектом исследования были студенты Казахского Национального Медицинского университета имени С.Д.Асфендиярова (КазНМУ) и Казахстанско – Российского Медицинского университета (КРМУ) в количестве 1526 человек и 862 человека, соответственно. Для изучения мнения студентов относительно вышеуказанных вопросов, мы распространили разработанную нами анкету, состоящую из 51 вопроса, из которых в анализ были включены 11 вопросов, касающиеся нашего исследования. Анализ проводился с использованием пакета SPSS 15 версии. Результаты: Нами было опрошено 2 388 студентов обоих медицинских вузов, что составило 26,6 % от общего количества обучающихся в 2011 – 2012 учебном году, из которых 2 113 студенты и 275 врачей интернов.

Более четверти студентов сообщили о наличии трудностей в адаптационном процессе и практически 36 % студентов КазНМУ испытывают трудности в адаптации. Распределение по факультетам выглядит следующим образом: больше всего трудностей испытывают студенты педиатрического и лечебного факультета, наименьший показатель среди студентов медико-профилактического факультета. При этом следует отметить, что педиатрический и лечебный факультет были представлены студентами 5, 6 курса и врачами интернами. Студенты 4 и 5 курса, показали наименьший процент, студентов испытывающих трудности. Это можно объяснить тем, что первоначальные нагрузки, связанные с учебным процессом, и сам адаптационный период уже прошел, а проблемные вопросы относительно будущей карьеры еще не появились (выбор специализации, вопрос о дальнейшем продолжении учебы в резидентуре, магистратуре и т.д.). Более подробная информация в таблице 1.

Таблица 1 - Доля студентов, сообщивших о трудностях в адаптации к нормам студенческой жизни в зависимости от социально – демографических характеристик.

Характеристика	Абс. (%)	% студентов, указавших о трудностях в адаптации к нормам студенческой жизни
Вуз		
КазНМУ	1526 (63,9)	35,9
КРМУ	862 (36,1)	27,8
Факультет		
Общая медицина	1478 (61,9)	33,6
Медико-профилактическое дело	51 (2,1)	15,6
Стоматология	315 (13,2)	22,5
Лечебный	411 (17,2)	38,4
Педиатрический	133 (5,6)	39,8
Год обучения		
1 курс	455 (19,1)	34,2
2 курс	411 (17,2)	37,4
3 курс	350 (14,6)	30,5
4 курс	301 (12,6)	22,6
5 курс	312 (13,1)	26,2
6 курс	284 (11,9)	38,3
Врачи интерны	275 (11,5)	40,7
Пол		
Мужской	609 (25,5)	33,1
Женский	1779 (74,5)	32,3
Место проживания до поступления в медицинский вуз		
Город	1289 (54,0)	29,7
Село	1099 (46,0)	36,8
Место проживания после Поступления в медвуз		
Общежитие	788 (33,0)	38,8
Арендное жилье	654 (27,4)	29,2
Своя квартира	946 (39,6)	30,7
Семейное положение		
В браке	331 (13,9)	36,8
Холост(ая)	2057 (86,1)	32,3

Среди других проблем, указанных студентами как проблемы, возникшие в студенческой жизни, были следующие: недостаточное обеспечение учебной литературой (38,8%), проблемы коммуникативного характера (2,1%), материальные проблемы (6,0%), требуется помощь при подготовке к занятиям (6,9%), отсутствие жилья (6,3%), отсутствие психологической помощи (2,8), отсутствие информации в вузе о формах общественной жизни (3,9%). Недостаточное обеспечение литературой, в 68% отметили студенты казахского отделения.

Необходимость в общении с психологом в стенах вуза указали 67% опрошенных, из которых три четвертых это

студенты, приехавшие из сельской местности. Наилучшей формой общения с психологом студенты избрали – клуб общения (70,6 %), далее следуют психологические тренинги – 59,4 % и индивидуальные консультации 38,2 % .

Сегодня очень часто поднимают вопросы «эмоционального выгорания» именно среди работников медицинской сферы, считаем необходимым введение психологической поддержки уже в студенческие годы. Практически половина опрошенных студентов имеют хорошие впечатления от учебного процесса и лишь 14 % отмечают наличие высоких учебных требований (рисунок 1).

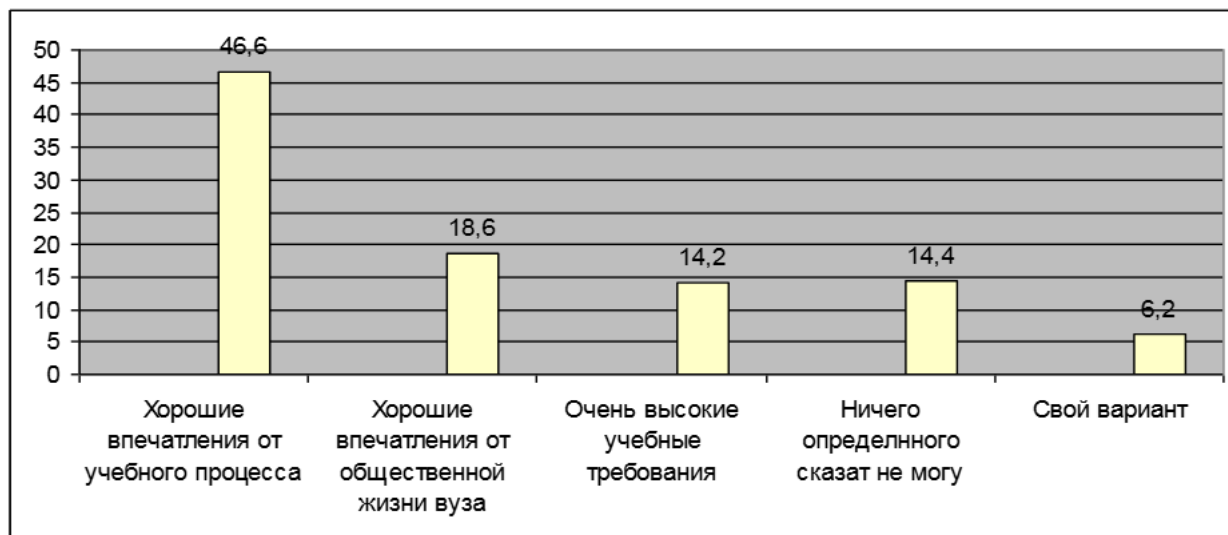


Рисунок 1 - «Впечатления от студенческой жизни»

Заклучение. Полученные результаты исследования согласуются с литературными данными, а именно наиболее активные процессы адаптации к новым условиям студенческой жизни происходят на начальных курсах. При этом адаптация студентов, проживающих в отрыве от родителей (в общежитии, арендуемой квартире) протекает тяжелее [4,5], и может быть причиной развития различных психоневрологических состояний. При этом, одним из вариантов решения данной проблемы, мы видим в ведении психологического сопровождения студентов не только первых курсов, но и в процессе всего обучения в медицинском университете. Из предложенных

вариантов общения с психологом, наиболее популярным оказался клуб общения.

Также согласно литературным источникам [6], высокий процент, испытывающих трудности среди студентов 6 курса и врачей интернов можно объяснить наличием дополнительных обязательств, таких как семейные обязанности, совмещение учебы и работы, и другие.

Таким образом, стресс является неотъемлемой частью повседневной жизни каждого студента, а введение психологического сопровождения студентов в процессе обучения в медицинском вузе позволит с начальных этапов обучения снизить уровень напряженности и стресса среди студентов, а также будет способствовать более мягкому течению адаптационного периода.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Markham F.W.Jr., Sawhney H.K., Butler J. A. The changing perceptions of junior medical students about the current U.S. health care system after a seminar series // J. Community. Health. - 2001. - Vol. 26. - N 5. - P. 345-356.
- 2 Williams B. Tennessee medical schools: are we educating today's medical students for tomorrow's practices // Т. М. - 2001. - Vol. 94. - N 8. – 28 p.
- 3 Егорова Н.А. Гигиеническая оценка умственной работоспособности студентов медицинского вуза (на основе психологических типов личности): Автореф. дис.канд. мед. наук. - Ростов-на-Дону: 2005. - 21 с.
- 4 Китаев-Смык Л.А. Психология стресса. - М.: Наука, 1983. - 368 с.
- 5 Майерс, Д. Психология / Д. Майерс; пер. с англ. И.А. Карпиков, В.А. Старовойтова. - 2-е изд. - М.: Попурри, 2006. – 848 с.
- 6 Щербатых Ю.В. Психология стресса и методы коррекции. - СПб.: Питер, 2006. – 256 с.
- 7 Щербатых Ю.В. Влияние показателей высшей нервной деятельности студентов на характер протекания экзаменационного стресса // Журнал ВНД им. Павлова. – 2000. - №6. - С.959-965.
- 8 Щербатых Ю.В. Использование методов саморегуляции и нейролингвистического программирования для снижения уровня стресса у студентов // Профилактика правонарушений в студенческой среде. - Воронеж: ВГПУ, 2003. - С.105-107.
- 9 Спицин А. П. Особенности адаптации студентов младших курсов медицинского вуза // Гигиена и санитария. – 2002. – №1. – С. 47-49.
- 10 Сухарева Л. М., Рапопорт И. К., Павлович К. Э., Шубочкина Е. И. Медицинские и психофизиологические аспекты профессиональной ориентации молодежи // Российский педиатрический журнал. – 1998. - №4. - С.23-26
- 11 Andriole DA, Jeffe DB. Prematriculation variables associated with suboptimal outcomes for the 1994-1999 cohort of US medical school matriculants. Journal of the American Medical Association. - Vol. 304. - No. 11. –P. 1212-1219.

Түйін: Студенттік өмірдің жаңа жағдайларына белсенді бейімделу үрдістері төменгі курстарда белең алады, сонымен қатар медициналық жоғары оқу орындарын тәмамдау кезінде студенттер кейбір қиыншылықтармен соқтығысады және психологиялық көмекті қажет етеді. Психологтардан кеңес алуда ұсынылған варианттардың ішінде «араласу клубы» ең танымал болып табылды.

Түйінді сөздер: медициналық жоғары оқу орындары, күйзеліс, бейімделу, студенттер

Resume: The most active processes of adaptation to the new conditions of a student's life in the medical school are in the early courses, and the completion of training in medical school students experience difficulties, and in need of psychological help. From the options to communicate with the psychologist, was the most popular such as «communication club».

Keywords: medical school, stress, adaptation students

К.М. ФАЙЗУЛЛИНА

Высшая Школа Общественного здравоохранения, г.Алматы

ЕСТЬ ЛИ НЕОБХОДИМОСТЬ В ИЗМЕНЕНИИ ПРАВИЛ ОТБОРА АБИТУРИЕНТОВ В МЕДИЦИНСКИЕ ВУЗЫ?

В процессе отбора абитуриентов в высшую медицинскую школу необходимо учитывать личностные характеристики и профессиональную направленность претендента, что позволит сократить количество оставляющих учебу в медицинском вузе.

Ключевые слова: медицинские вузы, абитуриенты, отбор.

Вопрос профессионального отбора в подготовке будущих медицинских работников до сих пор остается открытым. Существующие правила приема в медицинские вузы имеют высокую вероятность попадания в медицину случайных людей, у которых нет профессионально значимых для медицинского специалиста личностных свойств - сострадания и милосердия к людям, доброты и чувства долга, постоянное стремление к повышению своих знаний и др.

О принципах отбора студентов в медицинские вузы споры ведутся практически во всех университетах мира. Тестирование способностей является одним из серьезных методов отбора абитуриентов, желающих поступить на медицинские факультеты во многих странах. В США это Medical College Admission Test (MCAT), который используется уже 85 лет [1]. В 2015г. будет использоваться усовершенствованный вариант, в котором устранили то, что сегодня не актуально, и обогатили MCAT экзамен, с учетом потребностей во врачах нового поколения. В Австралии- Graduate Australian medical school admission test (GAMSAT) [2]. Отбор абитуриентов на программы Graduate Medicine в Австралии проводится в два этапа. На первом этапе проводится конкурс средних баллов по первому диплому (Grade Point Average — GPA) и результатов тестов GAMSAT или MCAT. При этом GPA и GAMSAT одинаково влияют на принятие решения о приеме и, таким образом, имея отличный средний балл по первому диплому, можно пройти по конкурсу, получив средний результат за тест GAMSAT. Системы тестирования, австралийская GAMSAT и американская MCAT схожи между собой, каждый тест состоит их трех частей. Первая проверяет знания в области естественных наук (биология, физика, химия) на уровне средней школы. Разделы "Reasoning in social sciences" (GAMSAT) или "Verbal reasoning" (MCAT) содержат вопросы, которые проверяют глубинное понимание различных видов текста: художественного, публицистического или даже поэзии. Здесь оценивается не знание английских слов как таковых, а то, насколько человек понимает смысл написанного, например: что хотел сказать автор, понимаете ли вы ту или иную метафору и каким словом ее можно заменить без потери смысла; какое, из трех стихотворений написано с радостью, а какое с иронией и т.д. Эта часть экзамена, как, и первая построена по принципу multiple choice, то есть предлагаются несколько вариантов ответов, из которых нужно выбрать один правильный. И, наконец, в третьей части тестов абитуриентам предлагается написать два сочинения за один час. Первое сочинение предлагается написать по одному из социальных аспектов или проблем современности, второе — на личную тему. Ко второму

этапу количество претендентов значительно уменьшается. Второй этап вступительного испытания — собеседование (интервью), которое можно пройти по телефону или присутствовать лично.

В Великобритании используют - UK Clinical Aptitude Test (UKCAT) [3], впервые был представлен в 2006г. Тест содержит вопросы, отражающие: вербальное рассуждение (оценивает способность кандидатов логически осмыслить письменную информацию и прийти к обоснованному выводу); количественные рассуждения (оценивают способность кандидата решать численные проблемы); абстрактные рассуждения (оценивают способность кандидата абстрактного мышления); анализ решений, и принятие решений. В Канаде в качестве отбора используют Multiple Mini-interview (MMI) [4], который представляет серию мини-интервью продолжительностью по 10 минут каждое. MMI оценивает личностные характеристики, важных для успешного обучения в области медицинских наук, среди них: критическое мышление, этические / моральные принципы, самооценка, коммуникативные навыки, эмпатия. В Сингапуре, процесс отбора в медицинские вузы занимает три месяцев и состоит из четырех этапов [5].

При изучении уровня отсева из медицинских вузов, выяснили, что высокий уровень оставляющих учебу (в большинстве случаев после первого года обучения), к примеру, в Дании рассматривают как одну из основных проблем подготовки медицинских кадров [6]. В Австралии и Нидерландах указывают на 12 – 20% отсева из медицинских вузов [7-9]. В сравнении, уровень оставляющих учебу, в США и Великобритании составляет 3-4% [10,11].

По словам ректора Казахского Национального Медицинского университета (КазНМУ) А.А. Аканова, начиная с 2008 года, было отчислено 1,5 тысячи студентов, большая часть из которых – это первокурсники [12]. В ходе анализа причин отчисления, были выявлены достоверно значимые показатели всех причин отчисления студентов при $p < 0,01$ в сравнение с 2007-2008 учебным годом, и установлено, что ежегодно из медицинского университета отчисляются в среднем 39 % студентов от количества зачисленных, и среди причин отчисления «по собственному желанию» уходят – 28,6 % студентов. Данный факт свидетельствует только об одном – молодые люди выбрали не ту специальность и только в университете, во время учебы, поняли это. Причину видим в том, что в школах нет системы профессиональной ориентации, у старшеклассников нет возможности «примерить» на себя ту или иную профессию. С более подробной информацией о причинах отчисления можно ознакомиться в таблице 1.

Таблица 1 - Причины отчисления студентов КазНМУ за период с 2007 по 2012 год

Причины отчисления	Год обучения				
	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
	Number (%±сх)	Number (%±сх)	Number (%±сх)	Number (%±сх)	Number (%±сх)
Финансовые затруднения	-	4 (0,5±0,3)	8 (1,3±0,5)	7 (1,2±0,5)	8 (1,3±0,5)
Неуспеваемость	-	201 (28,7±1,7)	10 (1,6±0,5)	107 (19,8±1,7)	44 (7,5±1,1)
Перевод в другие вузы	49 (32,6±3,8)	37 (5,3±0,8)	62 (10,2±1,2)	48 (8,9±1,2)	124 (21,4±1,7)
По собственному желанию	25 (17±3,1)	272 (38,9±1,8)	177 (29,1±1,8)	177 (33±2,0)	144 (24,8±1,8)
По состоянию здоровья	5 (3,3±1,5)	-	1 (0,1±0,1)	2 (0,3±0,2)	2 (0,3±0,2)
Нарушение дисциплины	71 (47,3±4,1)	19 (2,7±0,6)	32 (5,2±0,9)	30 (5,5±1,0)	28 (4,8±0,9)
Движение внутри университета	-	132 (18,9±1,5)	214 (35,2±1,9)	133 (24,6±1,9)	156 (26,9±1,8)
Другие причины	-	33 (4,7±0,8)	103 (16,9±1,5)	35 (6,4±1,1)	73 (12,6±1,3)
Всего отчисленных студентов number (%)	150 (100)	698 (100)	607 (100)	539 (100)	579 (100)
Всего отчисленных к всего зачисленных студентов	150/2014	698/1612	607/1914	539/1379	579/1535

Таким образом, анализ литературы и полученные результаты свидетельствуют о необходимости обратить внимание на процесс отбора абитуриентов в Республике Казахстан, который должен включать в себя элементы диагностического характера, т.е. возможности более детально изучить личностные характеристики и

профессиональную направленность претендента при поступлении в медицинский вуз. Убедительным доказательством могут служить низкие показатели отсева студентов в странах, применяющих вышеуказанные методы отбора абитуриентов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Wiley A, Koenig JA: The validity of the medical college admission test for predicting performance in the first two years of medical school. *Acad Med.* – 1996. – 71. –P. 83-85.
- 2 Wilson IG, Roberts C, Flynn EM, Griffin B. Only the best: medical student selection in Australia. *Med J Aust.* – 2012. -196:357-66.
- 3 Adam J, Dowell J, Greatix R. Use of UKCAT scores in student selection by UK medical schools, 2006-2010. *BMC Med Educ.* 2011. – P. 11- 98.
- 4 Eva KW, Rosenfeld J, Reiter HI, Norman GR. (2004). An admissions OSCE: The Multiple Multiple Mini Interview. *Medical Medical Education Education.* – 38. -38. – 314. – P. 314-326.
- 5 Tambyah PA. Selection of medical students in Singapore: a historical perspective. *AnnAcadSing.* – 2005. – 34. – 147. – 51с.
- 6 Mørcke AM, O'Neill L, Kjeldsen IT, Eika B. Selected determinants may account for dropout risks among medical students. *Dan Med J.*- 2012. – 59. - A4493-8.
- 7 Ward AM, Kamien M, Lopez DG. Medical career choice and practice location: early factors predicting course completion, career choice and practice location. *Med Educ.*- 2004. -38. - 239-48.
- 8 Urlings-Strop LC, Stijnen T, Themmen APN, Splinter TA. Selection of medical students: a controlled experiment. *Med Educ.* – 2009. – 43. - 175-83.
- 9 Cohen-Schotanus J, Muijtjens AMM, Reinders JJ, Agsteribbe J, van Rossum HJ, van der Vleuten CP. The predictive validity of grade point average scores in a partial lottery medical school admission system. *Med Educ.* – 2006. – 40. - 1012-19.
- 10 Arulampalam W, Naylor RA, Smith JP. Dropping out of medical school in the UK: explaining the changes over ten years. *Med Educ.* – 2007. – 41. - 385-94.
- 11 Stetto JE, Gackstetter GD, Cruess DF, Hooper TI. Variables associated with attrition from Uniformed Services University of the Health Sciences Medical School. *Mil Med.* – 2004. – 169. - 102-7.
- 12 Аканов А.А. «Медицинское образование: К качеству и конкурентоспособности»//Казахстанский медицинский журнал. - №4. - 2008. – 32 с.

Түйін: Талапкерлерді жоғары медициналық мектептерге қабылдау үрдісінде үміткердің жеке мінездемесі мен кәсіби бағытын ескеру қажет. Бұл өз кезегінде медициналық жоғары оқу орындарын тастап кететіндердің санын азайтуға мүмкіндік береді.

Түйінді сөздер: медициналық жоғары оқу орындары, талапкерлер, қабылдау.

Resume: In the selection process of applicants to a higher medical school must be considered the personal characteristics and professional orientation of the applicant which would reduce the number of dropout in medical school.

Keywords: medical schools, applicants, selection.

УДК: 614.2:614.39.002

Г.А. ХАМЗИНА

Главный врач детского противотуберкулезного санатория №1, к.м.н.
Алматы

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ БОРЬБЫ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ У ДЕТЕЙ

В статье анализированы методы выявления туберкулеза у детей. В ходе анализа методов выявления туберкулеза у детей и подростков, имевших контакт с больным туберкулезом, только 20 – 30% детей из очага туберкулезной инфекции выявляются при обследовании по контакту. У детей проживающих в очагах туберкулезной инфекции, выявляются преимущественно тяжелые и осложненные формы туберкулеза.

Ключевые слова: туберкулез, методы выявления, дети, подростки, контактная инфекция, очаг инфекции

Туберкулез является глобальной проблемой общественного здравоохранения, и представляет серьезную угрозу здоровью населения. Причиной широкого распространения туберкулеза является его инфекционная природа. Способствующими факторами в увеличении заболеваемости туберкулезом детей являются: рост заболеваемости среди взрослого населения, позднее выявление больных в семье и близком окружении ребенка, увеличение числа больных, выделяющих резистентные штаммы микобактерий туберкулеза (МБТ), миграция населения.

Основными функциями детского противотуберкулезного санатория №1 являются: реализации DOTS стратегии и обеспечение контролируемой химиотерапии на втором этапе лечения (поддерживающая фаза) больных туберкулезом, оздоровление и лечение детей из группы риска. Основными цели работы санатория: полный охват и изоляция контактных детей из очагов туберкулезной инфекции, предупреждение развития локальных форм туберкулеза у инфицированных детей, профилактика прогрессирования локального процесса.

Профилактика, раннее выявление и лечение туберкулеза у детей является важнейшим разделом комплексного плана борьбы с туберкулезом. От организационно-методической работы противотуберкулезной службы во многом зависит успех раннего выявления и профилактики туберкулеза среди детей. Поэтому вопросы организации борьбы с туберкулезом у детей и подростков занимают большое место в деятельности противотуберкулезных учреждений.

Методика и организация борьбы с туберкулезом у детей имеет свои особенности, связанные с характером первичной инфекции, преобладающей в этом возрасте, биологическими возрастными особенностями, а также организационными мероприятиями.

В санаторий поступают дети из 4-х противотуберкулезных диспансеров города Алматы и НЦПТ РК, от 1 года до 14 лет. В санаторий направляются активные больные на поддерживающую терапию переведенные из НЦПТ РК после интенсивной фазы лечения (первичный туберкулезный комплекс, туберкулез внутригрудных лимфоузлов, плеврит, инфильтративный туберкулез легких), из группы риска (выраженные, инфицированные с гиперреакцией на туберкулин), контактные дети с больными туберкулезом.

Отсутствие характерных клинических симптомов туберкулеза у детей создает значительные трудности в диагностике заболевания. Туберкулез у детей часто протекает под масками разных заболеваний – острых респираторных вирусных инфекций, бронхита и других и

характеризуется преимущественно малосимптомным началом. «Клиника человека не знает другого заболевания, которое по разнообразию форм, течения и исходов могло бы конкурировать с туберкулезом», – писал А.Д.Сперанский. Поэтому основным условием своевременной диагностики туберкулеза является только комплексное обследование пациента.

Выявление детей, нуждающихся в консультации фтизиатра, осуществляется педиатрами на участках и в стационарах. Педиатру необходимо обращать внимание на группы риска по развитию заболевания туберкулезом среди детей и своевременно направлять на консультацию к фтизиатру.

Для диагностики туберкулеза применяется комплекс обязательных методов обследования, которые включают:

1. Сбор анамнеза: выявление источника и путей инфицирования ребенка, выявление неблагоприятных медицинских и социальных факторов, четкая оценка динамики туберкулиновой чувствительности по пробе Манту.
2. Выявление жалоб. Обращать внимание на ухудшение аппетита, быструю утомляемость, снижение памяти, головные боли; повышение температуры до субфебрильных цифр и др.
3. объективный осмотр пациента с обязательным использованием физикальных методов исследования.
4. Лабораторное и инструментальное исследования:
 - 1) клинический анализ крови позволяет выявить анемию и лимфопению, лейкоцитоз, моноцитоз, ускорение СОЭ;
 - 2) общий анализ мочи.
 - 3) исследование мокроты, мазка с задней стенки глотки с целью обнаружения МБТ производится не менее 3 раз;
 - 4) рентгенологическое исследование позволяет визуализировать изменения в легочных полях и/или внутригрудных лимфатических узлах.
 - 5) анализ туберкулиновой чувствительности (проба Манту);

Бактериоскопический метод – исследование является наиболее быстрым, простым и дешевым методом выявления кислотоустойчивых микобактерий. Однако бактериоскопический метод позволяет обнаружить микобактерии при содержании не менее 5000–10 000 в 1 мл исследуемого материала. Микроскопическое обнаружение кислотоустойчивых микобактерий не позволяет дифференцировать возбудителя туберкулеза от атипичных и сапрофитных микобактерий.

Массовая туберкулинодиагностика направлена на:

- раннее выявление туберкулеза у детей и подростков из групп риска по данному заболеванию;

- изучение инфицированности МБТ и ежегодного риска первичного инфицирования.

Туберкулиновые пробы не позволяют судить о напряженности противотуберкулезного иммунитета.

На консультацию к фтизиатру направляют детей из групп риска по развитию туберкулеза.

Группы риска:

1. Впервые инфицированные МБТ. Факт первичного инфицирования устанавливается по «виражу» туберкулиновой реакции.

2. Инфицированные лица с гиперергической чувствительностью к туберкулину, которая определяется по размеру инфильтрата 17 мм и более, наличию везикуло-некротических реакций в месте внутрикожного введения туберкулина.

3. Инфицированные МБТ лица с нарастанием туберкулиновой чувствительности. Нарастание чувствительности к туберкулину определяется по увеличению размера инфильтрата на 6 мм и более по сравнению с предыдущим годом.

В консультации фтизиатра также нуждаются следующие дети и подростки:

- лица с неясной этиологией аллергии к туберкулину – если в данное время не представляется возможным решить вопрос о причине положительной реакции на туберкулин.

- инфицированные МБТ лица, если им проба Манту проводилась нерегулярно.

Большое внимание следует уделять выявлению источника заражения детей МБТ. Пути инфицирования детей и подростков зависят от характера источника инфекции.

1. Аэрогенный путь – контакт с больными активными формами туберкулеза лицами, особенно с бактериовыделением.

2. Алиментарный путь – употребление инфицированного молока и термически необработанных молочных продуктов от больных туберкулезом животных.

3. Контактный путь – при проникновении МБТ через поврежденную кожу и слизистые.

4. Трансплацентарный путь – редкий. МБТ проникают через пупочную вену в плод.

Анализируя методы выявления туберкулеза у детей, необходимо особо выделить выявление заболевания при обследовании по контакту с больным туберкулезом. Это не случайно, так как туберкулез относится к "капельным" инфекциям, распространяющимся при кашле, чиханье,

разговоре, поэтому наибольшую эпидемическую опасность представляет непосредственный контакт с больным туберкулезом. По данным разных авторов, около 40–60% и более заболевших туберкулезом детей и подростков проживали в известных очагах туберкулезной инфекции. К этому следует добавить еще около 30% очагов, ранее не известных диспансеру, когда источник инфекции выявлен по факту заболевания туберкулезом ребенка или подростка или в анамнезе заболевшего ребенка имел место случайный (эпизодический) контакт с больным туберкулезом.

В ходе анализа методов выявления туберкулеза у детей и подростков, имевших контакт с больным туберкулезом, только 20 – 30% детей из очага туберкулезной инфекции выявляются при обследовании по контакту. У детей проживающих в очагах туберкулезной инфекции, выявляются преимущественно тяжелые и осложненные формы туберкулеза. Эти факты подчеркивают опасность контакта с больным туберкулезом и одновременно отражают неудовлетворительную профилактическую работу в очагах туберкулезной инфекции.

Начальные проявления туберкулезного процесса скудные: снижение аппетита, массы тела, утомляемость, раздражительность, периодически подъемы температуры до субфебрильных цифр и др.

Изменение температуры при туберкулезе у детей отличается значительным разнообразием. Чаще всего она бывает субфебрильной. Иногда отмечаются значительные колебания температуры в утреннее и вечернее время. Кашель появляется при осложненном течении туберкулеза у детей. В начале заболевания кашель не является ведущим симптомом.

Профилактические флюорографические медицинские осмотры проводят подросткам в возрасте 15 и 17 лет. Если найдены изменения на флюорограмме, пациент углубленно обследуется у фтизиатра.

В детском противотуберкулезном санаторий № 1 хорошо организованы условия для лечения, оздоровления, соблюдения гигиенического режима, 6-разовое полноценное питание, комплекс упражнений, спортивных игр проводимых на свежем воздухе. Основным методом лечения остается применение антибактериальных препаратов с учетом переносимости. Наряду с антибактериальной терапией широко применяются: витаминотерапия, иммуномодуляторы, гепатопротекторы, десенсбилизирующие препараты, физиолечение, ЛФК, массаж.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Аксенова В.А. Инфицированность и заболеваемость туберкулезом детей как показатель общей эпидемиологической ситуации по туберкулезу в России. Проблемы туберкулеза. – 2002. - 1.
- 2 Мельник В.М., Мыколышин Л.И. Туберкулиновая чувствительность у больных туберкулезом детей раннего и дошкольного возраста. Проблемы туберкулеза и болезней легких. - 2003. - 8.
- 3 Овсянкина Е.С., Губкина М.Ф. Сложности диагностики туберкулеза органов дыхания без бактериовыделения у детей и подростков. Сб. науч. трудов к 100-летию туберкулезной больницы №6. - М.: 2005. - С. 180–5.
- 4 Овсянкина Е.С., Заховаева Е.Н., Губкина М.Ф. и др. К вопросу о выявлении туберкулеза у детей и подростков в условиях соматического стационара. Науч. труды к 75-летию ведущего противотуберкулезного учреждения г. Москвы. Под ред. В.И.Литвинова. - М.: 2001. – С. 96–7.
- 5 Перельман М.И., Корякин В.А. Фтизиатрия. - М.: 1996. - С. 75–86.
- 6 Туберкулез у детей и подростков. Под ред. Е.Н.Янченко, М.С.Греймер. - СПб.: Гиппократ, 1999.
- 7 Шепелева Л.П. О рентгенологических исследованиях в детской фтизиатрии. //Проблемы туберкулеза. –1997. – №2.– С. 19–20.

G.A. KHAMZINA

IMPROVING THE ORGANIZATION OF TB IN CHILDREN

Resume: The article analyzes the methods of detecting TB in children. The analysis methods for detection of tuberculosis in children and adolescents who had contact with TB patients, only 20 - 30% of children from the source of TB infection identified in the survey on contact. Children living in areas of TB infection found mostly heavy and complicated forms of TB.

Keywords: tuberculosis, children, adolescents, direct infection

УДК 614.21:617-089.5-036.8(07)

М.А. БУРКУТОВА

Центральная клиническая больница МЦ УДП РК, г.Алматы (кабинет переливания крови)

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ РАБОТЫ СЛУЖБЫ КРОВИ В МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЕ

В медицинской организации кабинет трансфузиологии несет ответственность за мониторинг и оценку трансфузионной терапии, учет компонентов крови. С целью совершенствования мониторинга за использованием продуктов крови с помощью современных технологий была внедрена Система КМИС (Комплексная Информационная Медицинская Система), которая позволила значительно улучшить и облегчить этот процесс.

Ключевые слова: служба крови, мониторинг, компоненты крови, КМИС, трансфузия

Несмотря на достижения в науке и медицине, переливание компонентов крови и ее препаратов продолжает применяться в клинической практике и нередко является важной частью лечения пациента [1].

При определенных ситуациях переливание компонентов крови является действенным и эффективным, а порой и единственным средством для спасения жизни или сохранения здоровья. При соблюдении соответствующих требований и правильном использовании этот метод терапии является безопасным и эффективным лечебным методом.

Кабинет трансфузиологии - это структурное подразделение медицинской организации по вопросам службы крови, основной задачей которого является обеспечение, организация и проведение трансфузионной помощи в медицинской организации, также он является организационно-методическим центром в больнице по вопросам службы крови. Хорошо организованная трансфузиологическая служба, обеспечивающая наличие, доступ и безопасность переливания компонентов крови имеет большое значение в больнице.

Одними из основных функций кабинета трансфузиологии являются: планирование и обеспечение потребности медицинской организации в продуктах крови, транспортировка, создание и управление запасами компонентов крови, а также организация учета и хранения компонентов крови, проведение трансфузионной терапии и иммуногематологических исследований, эффективного и рационального использования продуктов крови, внедрение современных технологий [2].

В медицинской организации кабинет трансфузиологии несет ответственность за мониторинг и оценку трансфузионной терапии. Система мониторинга должна охватывать: безопасность, достаточность и надежность запаса компонентов и препаратов крови, обеспечение надзора за всей продукцией крови в течение всего процесса переливания, начиная с клинического спроса, поступления и до переливания. До настоящего времени процесс отслеживания переливания компонентов крови был трудоемким и велся на бумажных носителях, заполнялось множество журналов, актов и других бумажных документов.

В современных условиях назрела необходимость совершенствования мониторинга за использованием продуктов крови с помощью современных технологий, особенно в крупных клиниках с высокой трансфузионной активностью [3,4].

В нашей больнице в период 2010-2012 годы внедрена система КМИС (Комплексная Медицинская

Информационная Система) по которой, вся документация и учет ведется в электронном варианте. Ведется электронная история болезни, начиная с приемного покоя и до выписки больного. Банк крови является частью этой системы. Сотрудники кабинета переливания крови также участвовали в создании модуля по банку крови этой системы. Нами были систематизированы и даны все официальные и необходимые формы медицинской документации для наилучшего функционирования электронной системы регистрации, учета поступления и расходования трансфузионных средств, составления отчетов ежедневных, ежемесячных, квартальных и годовых, а также за любой период времени. Кроме того, мы непосредственно участвовали при апробации и внедрении этой системы в практику, в устранении недостатков.

Кабинет трансфузиологии обеспечивает надзор за всеми компонентами и препаратами крови, начиная с получения компонентов и препаратов крови. Работа кабинета переливания крови осуществляется через «АРМ – банк крови». В нем регистрируется:

- группа крови и резус-фактор больных
- управление запасами: регистрация прихода компонентов и препаратов крови из РЦК (Республиканский центр крови), оформление расходных накладных, списание невостребованной крови, остаточное количество компонентов и препаратов крови.
- рецепты
- при каждой трансфузии врач клинического отделения, ответственный за переливание крови, заполняет согласие на переливание компонентов и препаратов крови, предтрансфузионный эпикриз, в котором обосновывает необходимость трансфузий и делает назначение через «АРМ-ординатор», а затем регистрирует трансфузию через журнал «Лечение», заполняя протокол трансфузий компонентов, препаратов крови (форма 005-1/у).
- заполнять трансфузионный лист (форма № 005-3/у) не приходится, т.к. он формируется автоматически по утвержденной форме – в нем фиксируются все трансфузии, их объем, идентификационные номера и производитель компонента или препарата, показания к трансфузии и наличие осложнений.

Мониторинг начинается с электронной регистрации всех поступивших компонентов и препаратов крови. Формируется склад банка крови, в котором всегда есть возможность оценить наличие, использование и истечение сроков годности компонентов и препаратов крови. Также ведется точная система регистрации

трансфузий, которая позволяет обеспечить прослеживаемость используемых компонентов крови, оценить текущую и будущую потребность отделений в продукции крови и таким образом управлять запасами продуктов крови.

При регистрации трансфузии паспортные данные трансфузионных средств уходят из склада банка крови и попадают автоматически в протокол переливания (официальная медицинская форма). Врачу остается заполнить некоторые графы, такие, как показания, трансфузионный анамнез, указать показатели гемодинамики до и после трансфузии. Затем протокол распечатывается и на него приклеивается этикетка. Соответственно изменяются остатки банка крови и формируются отчетные данные, списки реципиентов.

Когда программистами была создана система КМИС, администрация создала условия для внедрения такой системы: было закуплено достаточное количество персональных компьютеров и приглашены преподаватели, которые обучили весь медицинский персонал больницы основам компьютерной грамотности и использованию программы КМИС.

Конечно, чтобы внедрить систему КМИС потребовалось время для отработки программ и устранения некоторых замечаний, которые выявлялись по мере использования ее во время работы. Немаловажное значение имел и психологический барьер сотрудников перед ежедневным использованием компьютеров в повседневной работе.

Все отделения взаимосвязаны между собой, со всеми вспомогательными службами, лабораторией,

бухгалтерией и др. Все записи ведутся четко, нет никаких разночтений, минимизируется человеческий фактор. Намного облегчен учет и отчетность по утвержденным формам по всем отделениям, по больнице в целом, по наименованиям, облегчается ведение отчетов по компонентам и по реципиентам.

Результаты. Внедрение программного комплекса в работу кабинета трансфузиологии позволило сократить трудозатраты сотрудников на оперативный учет, ведение количественного учета поступивших компонентов и препаратов крови, отображение остатков товара в режиме реального времени. Формирование накладных в электронном виде дало возможность практически мгновенно вводить в информационную систему данные о приходе и перемещении товара из склада банка крови в подразделения больницы.

Таким образом, внедрение программы в кабинете трансфузиологии многопрофильной больницы способствовало автоматизации всех этапов работы, позволило сократить значительные трудозатраты сотрудников и избежать ошибок, возможных при учете вручную, улучшить мониторинг за использованием компонентов и препаратов крови и оценку трансфузионной терапии.

Кроме этого, применение программного комплекса в кабинете трансфузиологии позволило анализировать и контролировать движение продукции во всех подразделениях больницы, что также позволило повысить безопасность использования компонентов крови.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Румянцев А.Г., Аграненко В.А. Клиническая трансфузиология - М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1997. - 575 с.
- 2 Рагимов А.А, Еременко А.А, Никифоров Ю.В. Трансфузиология в реаниматологии.- М.: Медицинское Информационное Агентство. - 2005. - 775 с.
- 3 Жибурт Е.Б. Трансфузиология// Учебник. – СПб.:Питер.- 2002.- 735 с.
- 4 Приказ РК №666 от 6 ноября 2009 года «Об утверждении номенклатуры, правил заготовки, переработки, хранения, реализации крови и ее компонентов, а также правил хранения, переливания крови, ее компонентов и препаратов»
- 5 Приказ РК №501 от 26 июля 2012 «О внесении изменений в приказ МЗ РК от 6 ноября 2009 года № 666»

M.A. BURKUTOVA

IMPROVEMENT OF BLOOD SERVICES IN GENERAL HOSPITALS

Resume: In the medical office Transfusion Organization is responsible for monitoring and evaluation of transfusion therapy, consideration of blood components. In order to improve the monitoring of the use of blood products with sophisticated technology has been introduced KIIS (Integrated Health Information System), which will significantly improve and simplify the process.

Keywords: Blood Service, monitoring, blood components, KIIS transfusion.

M.A. БҮРКІТОВА

КӨП САЛАЛЫ АУРУХАНАДА ҚАН ҚҰЮ
ҚЫЗМЕТІ ЖҰМЫСЫН ЖЕТІЛДІРУ

Түйін: Медициналық ұйымда трансфузиология кабинеті трансфузиялық терапия мониторингі мен бағалауға, қан компоненттерін есепке алуға жауапты. Қазіргі заманғы технологиялардың көмегімен қан өнімдерін пайдалану мониторингін жетілдіру мақсатында бұл үдерісті айтарлықтай жақсартуға және жеңілдетуге мүмкіндік берген КМАЖ (Кешенді Медициналық Ақпараттық Жүйе) жүйесі енгізілген болатын.

Түйінді сөздер: қан қызметі, мониторинг, қан компоненттері, КМАЖ, трансфузия.

СОДЕРЖАНИЕ

РАЗДЕЛ 1. КЛИНИЧЕСКИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

ПЕДИАТРИЯ

Н.Б. ИСМАИЛОВА, А.Н. ЖУМАБАЕВА <i>КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГОЛОВНОЙ БОЛИ НАПРЯЖЕНИЯ У ДЕТЕЙ 7–10 ЛЕТ</i>	1
Н.Б. ИСМАИЛОВА <i>ИСХОДЫ ФЕБРИЛЬНЫХ СУДОРОГ У ДЕТЕЙ</i>	5
Б.С. БИГЕЛЬДИЕВА <i>ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ДЕТЬМИ-ВОСПИТАННИКАМИ ДОМА РЕБЕНКА «КАРА-КАСТЕК»</i>	10
Б.А. АБЕУОВА¹, А.Е. НАУШАБАЕВА², Г.Н. ЧИНГАЕВА², А.А. НУРБЕКОВА², КАБУЛБАЕВ К.А.² <i>СЕЛЕКТИВНЫЕ ИММУНОСУПРЕССОРЫ И АЛКИЛИРУЮЩИЕ АГЕНТЫ В ТЕРАПИИ СТЕРОИДЗАВИСИМОГО НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ</i>	14
А.В. АЖКЕЕВА <i>ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ДЕТЬМИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ</i>	19
Е.В. БОРИСОВА <i>ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ У ДЕТЕЙ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)</i>	22
А.Е. НАУШАБАЕВА¹, Б.А. АБЕУОВА², Г.Н. ЧИНГАЕВА¹, К.А. КАБУЛБАЕВ¹ <i>РЕЗУЛЬТАТЫ ТЕРАПИИ ФОКАЛЬНОСЕГМЕНТАРНОГО ГЛОМЕРУЛОСКЛЕРОЗА У ДЕТЕЙ С НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ</i>	25
С.М.¹ КЕНЕНБАЕВА, Д.Т.¹ НАРЫМБАЕВА, Е.В.¹ ТИКУНОВА, Ж.Б.¹ ОСПАНОВА, Г.М.² АБДУЛЛАЕВА, А.Т.² КАРИМХАНОВА <i>КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ КРИТИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ В НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ, РОДИВШИХСЯ В ГККП «ГОРОДСКОЙ РОДИЛЬНЫЙ ДОМ №5» Г. АЛМАТЫ</i>	28
С.М.¹ КЕНЕНБАЕВА, Д.Т.¹ НАРЫМБАЕВА, Е.В.¹ ТИКУНОВА, Ж.Б.¹ ОСПАНОВА, Г.М.² АБДУЛЛАЕВА, А.Т.² КАРИМХАНОВА <i>ПРИМЕНЕНИЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ В ГККП «ГОРОДСКОЙ РОДИЛЬНЫЙ ДОМ №5» Г. АЛМАТЫ</i>	31
С.М.¹ КЕНЕНБАЕВА, Д.Т.¹ НАРЫМБАЕВА, Е.В.¹ ТИКУНОВА, Ж.Б.¹ ОСПАНОВА, Г.М.² АБДУЛЛАЕВА, А.Т.² КАРИМХАНОВА <i>ОСОБЕННОСТИ НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА У ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С ЗАДЕРЖКОЙ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ</i>	35
А.Т. КАРИМХАНОВА, Г.М. АБДУЛЛАЕВА <i>ПРИМЕНЕНИЕ АППАРАТА ДЭТА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ И ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ НА ТЕРРИТОРИИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН</i>	39
С.С. САРСЕНБАЕВА <i>ГЕПАТОБИЛИАРНАЯ СИСТЕМА ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ: ФИЗИОЛОГИЯ, ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ И ОПТИМАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ТЕРАПИИ</i>	44
ПСИХИАТРИЯ И НЕВРОЛОГИЯ	
Г.П. КАСЫМОВА <i>СОСТОЯНИЕ СЕКСУАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ И ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСА ДЕЙСТВУЮЩИХ СПОРТСМЕНОВ</i>	50
А.Н. ХОВДАШ <i>ЖАБЫҚ БАС-МИ ЖАРАҚАТЫНДАҒЫ КЕШЕНДІ ТЕРАПИЯНЫҢ ҚҰРЫЛЫМЫНА «ЛИПОСОМ - ФОРТЕ» ПРЕПАРАТЫН ҚОЛДАН</i>	53
А.М. ДЖЕКСЕНБИЕВА <i>УРОВЕНЬ И СТРУКТУРА НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН</i>	56

А.М. ДЖЕКсенБИЕВА <i>РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН</i>	58
Н.А. ТАУБАЛДИНОВА, Л.И. ВАНСОВИЧ, А.М. ДЖЕКсенБИЕВА, А.А. БУШАНСКАЯ <i>РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РК И ПРИМЕНЕНИЕ ФИЗИОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ</i>	60
КАРДИОЛОГИЯ	
Р.К. АЛЬМУХАМБЕТОВА, А.М. СЕИТОВА, Ж.С. КОШЕКБАЕВА, Н.Ж. ДОСАЕВА, Н.А.ТОЛЕНОВА <i>К ДИАГНОСТИКЕ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ</i>	62
А.И. ҚАРАБАЕВА, А.Н. ШАМЕТОВА, Н.А. САРМАНОВА, У.А. ДАЙЫМБАЕВА, А. ДҰРБАЕВ (6 КУРС «ЖАЛПЫ МЕДИЦИНА» СТУДЕНТЫ), Ф. АҚЖОЛБАЕВА (6 КУРС «ЖАЛПЫ МЕДИЦИНА» СТУДЕНТЫ) <i>ЕГДЕ ЖАСТАҒЫ НАУҚАСТАРДА АРТЕРИАЛДЫ ГИПЕРТЕНЗИЯ АҒЫМЫНЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ</i>	65
Б.Ш. ТУКЕШЕВА, А.Б. АЛЬМУХАНОВА, С.А. САДИРОВА, Л.Б. НУРГАЛИЕВА, А.Ж. БЕКМАТОВА <i>АНАЛИЗ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЗНАЧИМОСТИ КРИТЕРИЕВ КАРДИОРЕНАЛЬНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА</i>	67
А.Т. БАРМАГАМБЕТОВА <i>СМЕРТНОСТЬ ОТ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ СТРАН СНГ</i>	71
Н.А. ТАУБАЛДИНОВА <i>СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ</i>	73
Н. САБИРОВА <i>СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖЕНЩИН В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН</i>	75
И.В. ШУМАКОВ, В.Г. КИМ, С.В. КРАСНОВ, О.В. ДУДЯК, В.Е. МАЛАХОВ <i>КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ДРУГИХ ОРГАНОВ</i>	78
Н.А. ТАУБАЛДИНОВА <i>К ВОПРОСУ О ЗАБОЛЕВАНИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ РК</i>	80
С.М. ШАХНАБИЕВА, Э.Ж. МУРАЛИЕВ, К.А. АБДРАМАНОВ, Т.Ч. ЧУБАКОВ <i>ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА</i>	82
ПРОФ. М.Б. ПЛИХ *, Д.А. КЛЕПИКОВ **, Ж.М. ТЕЛЬШИЕВА **, А.М. АБДРАХМАНОВА **, Е.А. ИМАНГАЛИЕВ **, Э.А. АМИРХАНОВ **, ДОЦЕНТ Ш.Б. ЖАНГЕЛОВА ** <i>«ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В КАЗАХСТАНЕ В ПРОШЛОМ И БУДУЩЕМ»</i>	86
ПРОФ. М.Б. ПЛИХ *, Д.А. КЛЕПИКОВ **, Ж.М. ТЕЛЬШИЕВА **, А.М. АБДРАХМАНОВА **, Е.А. ИМАНГАЛИЕВ **, Э.А. АМИРХАНОВ **, ДОЦЕНТ Ш.Б. ЖАНГЕЛОВА **, ДОЦЕНТ С.Г. ЕНОКЯН ** <i>РЕНОВАСКУЛЯРНАЯ ГИПЕРТОНΙΑ РАДИКАЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕТОДОМ СТЕНТИРОВАНИЯ ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ АНТИЭМБОЛИЗАЦИОННЫХ ПРИСПОСОБЛЕНИЙ ДЕНЕРВАЦИЯ СИМПАТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ ПОЧЕК</i>	94
Г.Н. ЧИНГАЕВА, М.И. РАЕВА, Д.А. МАЛИКОВА, А.А. КАЛАУБЕКОВА <i>АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У БЕРЕМЕННЫХ: КЛАССИФИКАЦИЯ И ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ С ПОЗИЦИИ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ</i>	97
СКОРАЯ НЕОТЛОЖНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ	
Э.Ф. АЛЬМУХАМБЕТОВА, М.К. АЛЬМУХАМБЕТОВ, Г.Р. РОЗИЕВА, С.Л. АХМАДУЛИНА, М.А. АБДУКАРИМОВ, С.А. ШАМИЛОВА, Г.А. АСИЛОВА, А.Т. ВИЛИЕВ, А.А. ЖАКЕБАЕВА <i>НЕОТЛОЖНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ КРИЗАХ</i>	105
Э.Ф. АЛЬМУХАМБЕТОВА, М.К. АЛЬМУХАМБЕТОВ, Д.С. КЕНЖАЕВА, Е.С. ПОЛЯКОВА, М.Н. СЫЗДЫКОВА, К.Н. УЗБЕКОВА, О.А. ОВЧИННИКОВА, А.С. САДВОКАСОВА <i>ЭКСТРЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПРИСТУПАХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ</i>	107

М.К. АЛЬМУХАМБЕТОВ, Э. Ф. АЛЬМУХАМБЕТОВА, А.С. ЕМЕЛИНА, Л.А. ОМАРОВА, А.А. РАХМЕТОВА, А.Е. ТАУЖАНОВА, А.М. ТЕЛЕУБАЕВА <i>НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ КОМАТОЗНЫХ СОСТОЯНИЯХ В УСЛОВИЯХ ДОГОСПИТАЛЬНОГО ЭТАПА</i>	109
СТОМАТОЛОГИЯ	
С.Ж. АБДИКАРИМОВ, К.Ж. КЕМЕЛХАН, С.Ш. ЕСМАҒАНБЕТОВ, Г.Х. ТАБЫЛДИЕВА, М.С. ЖИЕНБЕКОВА <i>РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГЛОССАЛГИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ХАРАКТЕРА СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ</i>	111
Р.С. ИБРАГИМОВА, А.М. БОКАЕВА, Д.Е. ФЕДОРОВ, Н.Ф. УСОВА, В.М. ЯКУЩЕНКО, Т.С. СЛЕПОКУРОВА <i>РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ, ПОДРОСТКОВ И ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА</i>	116
ДОЦЕНТ, М.Ғ.К. Р.И. ҚҰЛМАНБЕТОВ, Д. БУБЕЕВА, Е. ДАДАЕВА, Ю. ТЕГАЙ, М. КИРЕЕВ <i>ОРТОДОНТИЯДАҒЫ РЕТЕЙНЕРЛЕРДІҢ АЛАТЫН ОРНЫ</i>	121
Л.Я. ЗАЗУЛЕВСКАЯ, К.М. ВАЛОВ <i>ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ В ПОЛОСТИ РТА</i>	126
М.Ғ.К. Г.С. СТАБАЕВА, Ж.Р. ҮРГЕНІШБАЕВА, А.А. УТЕШЕВА, Д.З. ЖҮНІСБАЕВ <i>ТЕРЕҢ КҮЙІК ЖАРАЛАРЫНЫҢ ЖАЗЫЛУЫН ЖЕҢІЛДЕТУ МАҚСАТЫНДА ЖАСУШАЛЫҚ ТЕХНОЛОГИЯНЫ ҚОЛДАНУДЫҢ ТӘЖІРИБЕЛІК НЕГІЗІ</i>	129
Г.Т. ЕРМУХАНОВА, М.К. АМРИН, З.Р. КАМИЕВА, Р.Б. НУРЛЫ <i>ОРГАНИЗАЦИЯ НТП ПО ИЗУЧЕНИЮ СОСТОЯНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ДЕТЕЙ И ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ МАНГИСТАУСКОЙ ОБЛАСТИ</i>	132
Г.Т. ЕРМУХАНОВА, М.К. АМРИН, Р.Б. НУРЛЫ, З.Р. КАМИЕВА, Г.А. ЕРМУХАНОВА, Г.С. КИСМЕТ <i>СОСТОЯНИЕ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ И УРОВЕНЬ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ДЕТЕЙ МАНГИСТАУСКОЙ ОБЛАСТИ</i>	135
М.К. АМРИН, Г.Т. ЕРМУХАНОВА, К.С. МАШЫРЫКОВ, Р.Б. НУРЛЫ, А.Б. ЖУМАЖАНОВА <i>ОКРУЖАЮЩАЯ СРЕДА РЕГИОНОВ МАНГИСТАУСКОЙ ОБЛАСТИ В СВЕТЕ ИХ ВОЗМОЖНОГО ВЛИЯНИЯ НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ДЕТЕЙ</i>	142
Г. Т. ЕРМУХАНОВА, А.С. БЕКМУХАМЕТОВ, Д.К. ДАУТОВ, Е.К. МАШЫРЫКОВ, Б.А. СУТТИБАЕВ, М.Т. КЫЗГАРИН <i>ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ РЕБЕНКА С ГЕМАНГИОМОЙ МЕТОДОМ СКЛЕРОЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ТРОМБОВАРОМ</i>	149
Г.Б. ИЗТЕЛЕУОВА <i>ТРАВМЫ В СТОМАТОЛОГИИ (клинический случай)</i>	153
Э.А. МАСЮКОВА <i>ПРИМЕНЕНИЕ ПАСТЫ «ЛЕДЕРМИКС» ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ КАРИЕСА</i>	159
ТЕРАПИЯ	
А. К. ТОЛЕГЕНОВ <i>АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ</i>	161
А.А. БУШАНСКАЯ <i>К ВОПРОСУ О БЕЗОПАСНОСТИ ТРАНСФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ</i>	165
А.Б. ДАНЫШБАЕВА <i>РОЛЬ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ И АНТИСМОКИНГОВЫХ ПРОГРАММ В ПРОФИЛАКТИКЕ ХРОНИЧЕСКИХ ОБСТРУКТИВНЫХ БОЛЕЗНЕЙ ЛЕГКИХ</i>	167
Б.Д. ДҮЙСЕМБИНА <i>К ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА</i>	170
Б.Д. ДҮЙСЕМБИНА <i>СИНКОПАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА</i>	172

Б.К. ИДРИСОВ <i>МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ В ПЕЧЕНИ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ</i>	174
Б.К. ИДРИСОВ <i>СИНДРОМ МАЛЛОРИ ВЕЙСА ПРИ ДИФфуЗНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ПЕЧЕНИ</i>	176
Л.И. ВАНСОВИЧ <i>ОСОБЕННОСТИ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ</i>	178
Л.И. ВАНСОВИЧ <i>ПРИМЕНЕНИЕ НЕКОТОРЫХ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ В ТЕРАПИИ</i>	180
Н.А. ТАУБАЛДИНОВА, Л.И. ВАНСОВИЧ, А.М. ДЖЕКсенБИЕВА, А.А. БУШАНСКАЯ <i>РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ПРИМЕНЕНИЕ ФИЗИОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ПНЕВМОНИИ</i>	182
А.Т. БАРМАГАМБЕТОВА <i>РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В КАЗАХСТАНЕ И ЗА РУБЕЖОМ</i>	184
Н.А. ТАУБАЛДИНОВА, Л.И. ВАНСОВИЧ, А.М. ДЖЕКсенБИЕВА, А.А. БУШАНСКАЯ <i>РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА</i>	187
А.Е. АБИДКУЛОВА <i>ПРИМЕНЕНИЕ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ТЭЛА</i>	189
З.О. ЖАКСЫЛЫКОВА <i>НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ИММУНИТЕТА ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ</i>	191
УРОЛОГИЯ И НЕФРОЛОГИЯ	
С.Г. ЕНОКЯН, И.З. БИЖКЕНОВА <i>СОВРЕМЕННАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ИНТЕРПРЕТАЦИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ МОЧИ В НОРМЕ И ПАТОЛОГИИ</i>	193
ФТИЗИАТРИЯ	
Г.Ю. ДАУТОВА, М.А.АЛИМКУЛОВА, М.Р.ХАДЖИЕВА, И.Е.АЛЫБАЕВА <i>АЛМАТЫ ҚАЛАСЫНЫ МЕДЕУ АУДАНЫНЫҢ 2012 ЖЫЛҒА ТУБЕРКУЛЕЗБЕН АУРУШАҢДЫҚ КӨРСЕТКІШІ</i>	196
ХИРУРГИЯ	
Ж.Н. КЫЖЫРОВ, К.К. КУРДЕКБАЕВ, Т.А. ИСКАКОВА, Э.Б. ТАТИПАНОВ, Ж.Ж. БАЙДАУЛЕТОВ, Н.Н. БИРЖАНБЕКОВ, КЕМЕЛХАНОВ Н.Т. <i>ОСЛОЖНЕННЫЕ ФОРМЫ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ - ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ</i>	199
М.У. ЖУЛОВЧИНОВ, Ю.Л. ШАЛЬКОВ <i>ИНТУБАЦИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА:РЕТРОСПЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА ПОКАЗАНИЙ И РЕЗУЛЬТАТОВ</i>	201
Б.Б. БАЙМАХАНОВ, Ж.Н. КЫЖЫРОВ, М. М. САХИПОВ, А.Т. ЧОРМАНОВ, Р.П. ИБРАГИМОВ, Ж.Ж. БАЙДАУЛЕТОВ, Ф.Т. СТАМКУЛОВ <i>СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ТРАНСПЛАНТАЦИИ РОДСТВЕННОЙ ПОЧКИ</i>	205
Р.Ж. ИЗБАСАРОВ <i>МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ</i>	210
К.К. КУРДЕКБАЕВ <i>ӨТ ЖОЛЫНЫҢ БІТЕЛУ ҰЗАҚТЫҒЫНА БАЙЛАНЫСТЫ МЕХАНИКАЛЫҚ САРҒАЮ КЕЗІНДЕГІ ГОМЕОСТАЗ ЖАҒДАЙЫ</i>	213
И.В. ШУМАКОВ, В.Г. КИМ, С.В. КРАСНОВ, О.В. ДУДЯК, В.Е. МАЛАХОВ <i>КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ДРУГИХ ОРГАНОВ</i>	215

Ж.С. ЖАНАЙДАРОВ, А.Е. ЖАЛБАГАЕВ, А.С. КУЛЬМУХАМЕТОВ, В.К. ТЯН
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ТКАНЕЙ В ЗОНЕ ТРЕПАНАЦИОННОГО ДЕФЕКТА 217

О.К. ДАРМЕНОВ, Н.И. ОРАЗБЕКОВ, Р.Ж. ИЗБАСАРОВ, Е.О. ДАРМЕНОВ, С.С. МАМЫТХАНОВ, Н.Н. МАЛГЕЛЬДИЕВ
МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЕ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ 221

ЭНДОКРИНОЛОГИЯ

Ж. АБЫЛАЙҰЛЫ, м.ғ.д. профессор, Г.Б. СРАИЛОВА, Б.П. СҰЛТАНОВА, А.А. АБИЕВА, А.Е. МЫРЗАБАЕВА
АУЫЛ ТҰРҒЫНДАРЫНЫҢ ҚАРТАЮ ҚАРҚЫНДАРЫН ЗЕРТТЕУ НӘТИЖЕЛЕРІ 224

К.К. КУРДЕКБАЕВ
АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ 226

Н. САБИРОВА
УРОВЕНЬ И СТРУКТУРА САХАРНОГО ДИАБЕТА В КАЗАХСТАНЕ И ЗАРУБЕЖНЫХ СТРАНАХ 228

РАЗДЕЛ 2. ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ОБУЧЕНИЯ

Б.Х. ХАБИЖАНОВ, С.К. КУРМАНБЕКОВА, Г.М. КАНАГАТОВА, Р.П. ЛОБАНОВА, Л.К. ХИТУОВА, С.Е. КАЙНАЗАРОВА
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МОДЕЛИ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В УНИВЕРСИТЕТЕ 232

Р.Ш. ИЗБАСАРОВА, А.Ш. ИЗБАСАРОВА
ВОПРОСЫ ПРОФИЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ ОБУЧАЮЩИХСЯ ОРИЕНТИРОВАННОЙ НА МЕДИЦИНСКИЕ СПЕЦИАЛЬНОСТИ 234

Қ.Т. САРСЕМБАЕВ М.Ғ.Д., ПРОФЕССОР, З.М. ӨСКЕНБАЙ, АССИСТЕНТ, А.А. АШИМОВ, АССИСТЕНТ, С.А. АКНАЗАРОВ
ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ЖҮЙЕСİNДЕГІ ҚАЗАҚ ТІЛІНІҢ ЖАҒДАЙЫ ҚАШАН ТҮЗЕЛЕДІ? 240

РАЗДЕЛ 3. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

ГИГИЕНА

Н.К. КУЛДАНБАЕВ1,4, Р.Д. ФОГТ2, А. АРНОЛДУССЕНЗ, Т.Н. СЫДЫКБАЕВ1, Т.И. ОКЛАНДЗ, О. ЭЙЛЕРТСЕНЗ
СОДЕРЖАНИЕ ТЯЖЕЛЫХ МЕТАЛЛОВ В ПОЧВЕ НАЦИОНАЛЬНОГО ПАРКА «БЕШ-ТАШ» 242

А.К. ШАХМАТОВА
ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СОДЕРЖАНИЯ ОСНОВНЫХ ПОЛЛЮТАНТОВ В АТМОСФЕРНОМ ВОЗДУХЕ ГОРОДА БИШКЕК 247

Я.Р. ИМАМНИЯЗОВ
МЕГАПОЛИСТИК ҚАЛАЛАРДАҒЫ АВТОКӨЛІК ЖҮРГІЗУШІЛЕРДІҢ ЕҢБЕК ЖАҒДАЙЫН ГИГИЕНАЛЫҚ БАҒАЛАУ 251

У.И. КЕНЕСАРИЕВ, К.А. ТУЛЕБАЕВ, М.К. АМРИН, Р.А. БАЯЛИЕВА, Ж.Б. БЕЙСЕНБИНОВА
ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ И ПРОБЛЕМЫ УСТОЙЧИВОГО РАЗВИТИЯ АТЫРАУСКОЙ ОБЛАСТИ 255

Г. А. ИЛЯЛЕТДИНОВА, Л. Н. АЙТАМБАЕВА, А. Д. ҚҰТТЫБАЕВ, Қ.Е. БАЛТАЕВ, А.С. ЖАБИКБАЕВА, Ж.Б. АБИРОВ
АЛМАТЫ ҚАЛАСЫ БОЙЫНША СУ НЫСАНДАРҒА ЖЫЛДЫҚ ҚОРЫТЫНДЫ БАҚЫЛАУ 259

У.И. КЕНЕСАРИЕВ, А.Т. ДОСМҰХАМЕТОВ, М.И. КЕНЕСАРИНА, А.А. БАЙМУХАМЕДОВ
ҚАРАШЫҒАНАҚ КЕН ОРНЫНДАҒЫ АТМОСФЕРАЛЫҚ АУАНЫҢ ЛАСТАНУЫНЫҢ ӘСЕРІНЕН ТҰРҒЫНДАР ДЕНСАУЛЫҒЫНА ӘКЕЛЕТІН ҚАУІП-ҚАТЕРДІ ЕСЕПТІ БАҒАЛАУ 261

СПОРТИВНАЯ МЕДИЦИНА

Г.П. КАСЫМОВА
СОСТОЯНИЕ СЕКСУАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ И ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСА ДЕЙСТВУЮЩИХ СПОРТСМЕНОВ 264

Г.П. КАСЫМОВА
ЛЕЧЕНИЕ ВОЗРАСТНОГО АНДРОГЕННОГО ДЕФИЦИТА У БЫВШИХ СПОРТСМЕНОВ ВЫСОКОЙ КВАЛИФИКАЦИИ 267

Р.А. СЕМБАЕВА
СПОРТИВНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ ПРОФИЛЛАКТИКИ ТРАВМ И ЗАБОЛЕВАНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА В ТАЕКВОНДО 269

Р.А. СЕМБАЕВА <i>МЕДИЦИНСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ СОРЕВНОВАНИЙ</i>	270
Р.А. СЕМБАЕВА <i>МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ТРЕНИРОВОЧНОГО ПРОЦЕССА В УСЛОВИЯХ СРЕДНЕГОРЬЯ</i>	272
Р.А. СЕМБАЕВА <i>ПОДГОТОВКА ОРГАНИЗМА СПОРТСМЕНОВ К ЭФФЕКТИВНОЙ ТРЕНИРОВОЧНОЙ И СОРЕВНОВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В УСЛОВИЯХ НИЗКИХ ТЕМПЕРАТУР</i>	274
РАЗДЕЛ 4. ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	
Д.АБУОВ <i>СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ В РАМКАХ ГАРАНТИРОВАННОГО ОБЪЕМА БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ</i>	276
А.Д.АДЕНОВА <i>СТАЦИОНАРДАҒЫ МЕЙРБИКЕЛЕР ҚЫЗМЕТІНІҢ САПАСЫН БАҒАЛАУ</i>	279
А.С. АСКАРОВА <i>УЧАСКЕЛІК МЕЙРБИКЕ МЕН ПАЦИЕНТТІҢ ӨЗАРА ҚАРЫМ-ҚАТЫНАСЫНЫҢ ЭТИКА ДЕОНТОЛОГИЯЛЫҚ АСПЕКТІЛЕРІ</i>	281
Б. А. АСЫЛБЕКОВ, Э. С. ХУСНУТДИНОВА, М. Т. БИТІЛЕУОВА, Г. Е. СҰЛТАНАЕВА, Л. К. НАЗАРОВА <i>АЛМАТЫ ҚАЛАСЫНЫҢ ЖЕТІСУ АУДАНЫ БОЙЫНША ӨНДІРІСТІК МЕКЕМЕЛЕРІНДЕ ЖҰМЫС ІСТЕЙТІН АДАМДАРДЫҢ АУРУШАҢДЫЛЫҒЫ</i>	283
М. Г. БЕГЛАРЯН, К. М. СААКЯН, А.А. АМИРДЖАНЫН <i>АНАЛИЗ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА ВЫБОР ЛЕКАРСТВ КАК СОСТАВЛЯЮЩИЙ КОМПОНЕНТ ПОТРЕБИТЕЛЬСКОГО ПОВЕДЕНИЯ СРЕДИ ПОСЕТИТЕЛЕЙ АПТЕК</i>	285
А.А.БУШАНСКАЯ <i>АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ СЛУЖБЫ КРОВИ В КАЗАХСТАНЕ</i>	293
Т.Б. ДЖЕНАЛАЕВ <i>ЭКОНОМИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ</i>	295
Т.Б. ДЖЕНАЛАЕВ <i>СОСТОЯНИЯ И ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ</i>	297
Т.Б. ДЖЕНАЛАЕВ <i>К ВОПРОСУ РЕФОРМИРОВАНИЯ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ</i>	299
Э. С. ХУСНУТДИНОВА, Б. А. АСЫЛБЕКОВ, М. С. РЫСБАЕВА, Ж. М. ТЕМИРОВА, А. Д. КУТТЫБАЕВ <i>ҚОЛАЙСЫЗ ЖӘНЕ ЗИЯНДЫ ӨНДІРІСТІК МЕКЕМЕДЕ ЖҰМЫС АТҚАРАТЫН ЖҰМЫСШЫЛАРДЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ ТЕКСЕРУДЕН ӨТКІЗУ</i>	301
Г.Т. КАШАФУТДИНОВА, В.Ю. БАЙСУГУРОВА <i>СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА В РАЗВИТЫХ СТРАНАХ: РАСШИРЕНИЕ СЕСТРИНСКОЙ ПРАКТИКИ</i>	303
Б.С. ТУРДАЛИЕВА, А.М. РАУШАНОВА, Г.Е. АИМБЕТОВА, Н.У. РАХМАТУЛЛАЕВА, М.А. РАМАЗАНОВА, Б.А. МУСАЕВА, Б.М. ЖАНТУРИЕВ, Г.С. БАЙСУНОВА <i>КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ - ИНСТРУМЕНТ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ</i>	307
А.А.АКАНОВ, Т.С.МЕИМАНАЛИЕВ, А.КУМАР <i>DEVELOPMENT OF THERAPEUTIC SERVICE IN KAZAKHSTAN: SOCIALLY SIGNIFICANT DISEASES</i>	310
Г.К. МАЯКОВА <i>МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ</i>	315
Г.К. МАЯКОВА <i>ВНЕДРЕНИЕ ЕНСЗ ПРИ ОКАЗАНИИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ</i>	317

М.Д. МУСТАФИНА <i>«ФОРСАЙТ В ОБЩЕСТВЕННОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ»</i>	319
А.Т. БАРМАГАМБЕТОВА <i>ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ</i>	322
А.М. РАУШАНОВА <i>РКИ — «ЗОЛОТОЙ СТАНДАРТ» ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕДИЦИНСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ</i>	324
А.К. АБИКУЛОВА, А.А. АКАНОВ, К.А. ТУЛЕБАЕВ, Б.С. ТУРДАЛИЕВА, С.Б. КАЛМАХАНОВ, Б.А. МУСАЕВА <i>СОЦИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭКОНОМИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ЛИЦ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА ГОРОДА АЛМАТЫ</i>	327
А.А. АКАНОВ, К.А. ТУЛЕБАЕВ, С.Н. ТРЕТЬЯКОВА, С.Б. КАЛМАХАНОВ, Б.М. ЖАНТУРИЕВ, Г.С. БАЙСУНОВА, А.М. РАУШАНОВА, А.Т. ДЖУЛАНОВА <i>УСПЕХИ В ДОСТИЖЕНИИ УВЕЛИЧЕНИЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ КАЗАХСТАНА</i>	332
К.М. ФАЙЗУЛЛИНА, Г.К. КАУСОВА <i>ОСОБЕННОСТИ ВЫБОРА ПРОФЕССИИ ВРАЧА СРЕДИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ</i>	337
К.М. ФАЙЗУЛЛИНА, Г.К. КАУСОВА, А.Н. НУРБАКЫТ <i>ХАРАКТЕР ТРУДНОСТЕЙ, ИСПЫТЫВАЕМЫХ СТУДЕНТАМИ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ</i>	341
К.М. ФАЙЗУЛЛИНА <i>ЕСТЬ ЛИ НЕОБХОДИМОСТЬ В ИЗМЕНЕНИИ ПРАВИЛ ОТБОРА АБИТУРИЕНТОВ В МЕДИЦИНСКИЕ ВУЗЫ?</i>	345
Г.А. ХАМЗИНА <i>СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ БОРЬБЫ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ У ДЕТЕЙ</i>	348
М.А. БУРКУТОВА <i>СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ РАБОТЫ СЛУЖБЫ КРОВИ В МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЕ</i>	351
СОДЕРЖАНИЕ	353